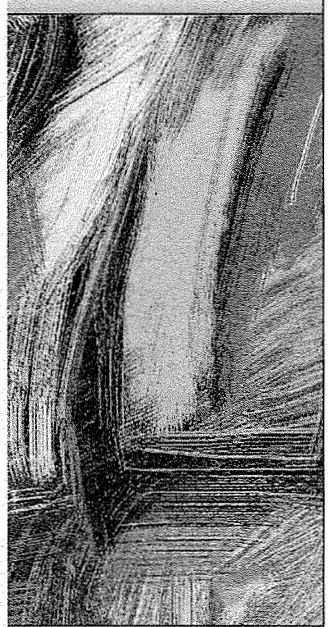


Estrés, afrontamiento, adaptación y salud

18

Modelos de la conexión personalidad-enfermedad

El concepto de estrés

- Respuesta al estrés
- Sucesos importantes en la vida
- Vicisitudes cotidianas
- Variedades de estrés
- Valoración primaria y secundaria

Estrategias y estilos de afrontamiento

- Estilo de atribución
- Optimismo y bienestar físico
- Manejo de las emociones
- Revelación

Personalidad tipo A y enfermedad cardiovascular

- Hostilidad: el componente letal del patrón de comportamiento tipo A
- Cómo son dañadas las arterias por el comportamiento tipo A hostil

Resumen y evaluación

Términos clave

Un paciente de SIDA en Tailandia. Aunque el SIDA es causado por un virus, su transmisión de una persona a otra ocurre a través de comportamientos específicos.

Durante gran parte de la historia, los humanos han combatido a los microbios en un esfuerzo por vencer a la enfermedad y los padecimientos. La lista de enfermedades causadas por gérmenes es larga, con muchas epidemias. Por ejemplo, en 1520, los conquistadores españoles desembarcaron en México con varios esclavos traídos de la Cuba española. Uno de los esclavos tenía viruela. La enfermedad se extendió a las tribus aztecas nativas, quienes no tenían inmunidad contra la viruela. Pronto mató a la mitad del pueblo azteca, incluyendo a su emperador, Cuitláhuac. Ayudados por el microbio que causa la viruela, los españoles no tuvieron problemas para conquistar todo México. Imagine lo indefensos que deben haberse sentido los aztecas cuando la misteriosa enfermedad los mataba *sólo* a ellos, sin afectar a los españoles, quienes habían desarrollado inmunidad. Los aztecas deben haber pensado que los españoles eran invencibles. La población nativa de México, estimada en 20 millones cuando llegaron los españoles, disminuyó a 1.6 millones en menos de 100 años (Diamond, 1999).

El mundo está experimentando en la actualidad otra epidemia de una enfermedad infecciosa: el VIH, que causa el SIDA. El microbio del SIDA reside en los líquidos corporales y pasa de una persona a otra siempre que se intercambian dichos líquidos, los cuales contienen el microbio. No se ha descubierto todavía una cura para el SIDA, ni hay una vacuna que impida la diseminación del VIH. La diseminación explosiva de esta enfermedad infecciosa ha sorprendido incluso a los investigadores médicos. En algunos países africanos, por ejemplo, el porcentaje de la población adulta infectada con VIH es enorme; 36% de la población de Botswana, 25% de Swazilandia y 25% de Zimbabwe (Tarantola, Lamptev y Moodie, 1999). Imagine vivir en un país en el que uno de cada tres o cuatro adultos es portador del VIH.

La epidemia del SIDA ilustra una distinción muy importante; aunque su causa es un virus, su transmisión es a través de comportamientos específicos. Por ejemplo, las prácticas sexuales inseguras (como no usar condón) aumentan en gran medida la probabilidad de transmitir el SIDA. Otro comportamiento de alto riesgo es el uso de agujas intravenosas infectadas que los drogadictos comparten. Mientras los investigadores mé-

dicos buscan una vacuna y una cura, los psicólogos se enfocan en las mejores formas de cambiar el comportamiento de alto riesgo de las personas.

Éste es sólo un ejemplo de la importancia del comportamiento en la comprensión de la enfermedad. En siglos anteriores, la mayor parte de las enfermedades graves que afligían a los humanos eran causadas por infección microbiana, incluyendo enfermedades como tuberculosis, influenza, lepra, poliomielitis, peste bubónica, cólera, viruela, malaria, sarampión, rabia y difteria. Conforme la medicina moderna elaboró vacunas efectivas, estas enfermedades microbianas casi desaparecieron como causas importantes de muerte (al menos en Estados Unidos). En la actualidad, muchas de las causas principales de muerte y enfermedad no se relacionan tanto con microbios como con factores del estilo de vida, como fumar, una mala dieta, ejercicio inadecuado y estrés. En otras palabras, ahora que estamos curando las infecciones por microbios, los factores psicológicos han surgido como contribuyentes importantes para el desarrollo de enfermedades.

La comprensión de que los factores psicológicos y conductuales pueden tener consecuencias importantes para la salud ha hecho surgir el campo de la **psicología de la salud**. Los investigadores en esta área de la psicología estudian la relación entre la mente y el cuerpo, al igual que las formas en que responden estos dos componentes a los desafíos del ambiente (por ejemplo, factores productores de estrés, gérmenes) para producir ya sea enfermedad o salud. Muchas de las variables psicológicas de interés tienen que ver con patrones de comportamiento estables; por ejemplo, si una persona afronta bien el estrés, hace ejercicio, duerme siete a ocho horas cada noche, sólo bebe alcohol con moderación, usa su cinturón de seguridad en forma ordinaria, mantiene su peso en un nivel deseable, evita las drogas, practica el sexo seguro y evita riesgos innecesarios. Los investigadores encuentran que tales comportamientos se correlacionan con la esperanza de vida. De hecho, en Estados Unidos, los investigadores sugieren que el estilo de vida contribuye a más de la mitad de todas las muertes prematuras; es decir, muerte antes de los 65 años de edad (Taylor, 1991).

La personalidad puede tener un impacto en la salud en muchas formas, y los psicólogos de la personalidad están elaborando nuevos enfoques metodológicos para el estudio de este vínculo. La investigación actual se basa en modelos detallados de los mecanismos subyacentes en los vínculos entre personalidad y salud (Smith y Spiro, 2002). Los estudios que abarcan toda la vida muestran que la personalidad puede tener efectos para toda la vida en la salud, aunque los efectos difieren dependiendo de los rasgos que se estén considerando (Aldwin *et al.*, 2001) o los resultados de salud específicos bajo investigación; por ejemplo, la personalidad propensa al cáncer caracterizada por ser poco asertivo e inhibido en lo emocional, la personalidad propensa a la enfermedad coronaria caracterizada por ser hostil y agresivo (Eysenck, 2000).

En este capítulo nos enfocaremos en una porción del campo de la psicología de la salud, la porción relacionada con la personalidad y las diferencias individuales. Algunas preguntas principales de investigación en esta área son las siguientes: "¿Ciertas personas tienen más probabilidad que otras de enfermarse?" "¿Varias personas se recuperan más rápido?" "¿Algunas personas son más capaces que otras de tolerar el estrés?" Comprender la naturaleza y consecuencias de dichas diferencias entre las personas es el núcleo de este capítulo. Comenzaremos por exponer formas de pensar acerca de la manera en que la personalidad influye en la salud. Dentro de la psicología de la salud se han aplicado varios modelos para entender el vínculo entre personalidad y enfermedad.

Modelos de la conexión personalidad-enfermedad

Los investigadores han propuesto varias formas de pensamiento acerca de la forma en que la personalidad puede relacionarse con la salud. Estos modelos pueden adoptar la forma de dia-

gramas de variables clave, con las relaciones causales entre esas variables descritas por flechas. Los modelos son útiles para guiar el pensamiento de los investigadores respecto a variables específicas, y en especial al pensar en cómo se influyen entre sí esas variables (Wiebe y Smith, 1997). En la mayor parte de los modelos que se expondrán, una variable, el estrés, será importante. El **estrés** es el sentimiento subjetivo producido por sucesos que son incontrolables o amenazadores. Es importante darse cuenta de que el estrés es una *respuesta* a las demandas percibidas en alguna situación. El estrés no está en la situación, más bien se refiere a la forma en que las personas responden a una situación particular.

Uno de los primeros modelos de la relación de la personalidad y la salud, llamado **modelo interactivo**, se describe en la figura 18.1(a). Este modelo sugiere que sucesos objetivos le suceden a las personas, pero los factores de personalidad determinan el impacto de éstos al influir en la capacidad de las personas para afrontarlos. En este modelo, la personalidad tiene sus efectos en las respuestas de afrontamiento; es decir, en la forma en que las personas responden al suceso. Se llama suceso interactivo debido a que se asume que la personalidad modera (influye) la relación entre estrés y enfermedad. En otras palabras, la exposición a microbios o el estrés crónico causan enfermedad, pero los factores de personalidad hacen que una persona sea más o menos vulnerable a esos sucesos. La personalidad influye en la forma en que la persona afronta los factores productores de estrés. Por ejemplo, si alguien fuera infectado con un virus de gripe pero tuviera una personalidad competitiva, con mucho empuje, de tal manera que no descansara, no faltara al trabajo y no realizara otros comportamientos necesarios para recuperarse pronto, esta persona se pondría muy enferma, quizá la gripe se convertiría en neumonía, debido a que su personalidad influyó en qué tan bien afrontó la infección viral. La forma en que una persona lo afronta puede influir en el grado, duración y frecuencia de un factor productor de estrés.

Aunque el modelo interactivo fue útil en las primeras investigaciones, los psicólogos de la salud encontraron pronto sus limitaciones. Un problema era que los investigadores no podían identificar respuestas de afrontamiento estables que fueran adaptativas o desadaptativas de manera consistente (Lazarus, 1991). Más tarde, el modelo interactivo fue desarrollado para formar uno más complejo y quizá más realista, el **modelo transaccional**, descrito en la figura 18.1(b). En este modelo, la personalidad tiene tres efectos potenciales: 1) puede influir en el afrontamiento, como en el modelo interactivo, 2) puede influir en la forma en que la persona valora o interpreta los sucesos y 3) puede influir en los sucesos mismos. Estos dos últimos procesos merecen atención especial.

En el modelo transaccional, no es el suceso en sí el que causa estrés sino, más bien, la forma en que éste es valorado, o interpretado, por la persona. Recordará del capítulo 12 que la interpretación es importante en la determinación del comportamiento. Un suceso, como quedar atorado en el tráfico camino a una entrevista de trabajo, puede sucederle a dos personas, pero cada una puede interpretarlo en forma diferente y, por tanto, experimentarlo también en forma distinta. Una persona podría interpretar quedarse atorado como una frustración importante y, por tanto, podría responder con una gran preocupación, estrés y ansiedad. La otra podría interpretar atorarse en el tráfico como una oportunidad para relajarse, disfrutar de algo de música en la radio y planear cómo reprogramar la entrevista de trabajo. Esta persona no experimenta el mismo nivel de estrés.

El tercer punto en el modelo transaccional en el que la personalidad puede tener un impacto consiste en los sucesos mismos. Es decir, las personas no sólo responden a las situaciones; también crean situaciones a través de sus elecciones y acciones, como se expuso en el capítulo 4. Las personas seleccionan estar en ciertas clases de situaciones; evocan ciertas respuestas de esas situaciones, en especial de las personas en las situaciones; y manipulan a las personas en esas situaciones, todo en formas que pueden reflejar su personalidad. Por ejemplo, una persona con neuroticismo alto, alguien que se queja todo el tiempo, puede crear situaciones en las que otros la evitan con frecuencia. O una persona desagradable puede crear situaciones interpersonales en las que tiene muchas discusiones.

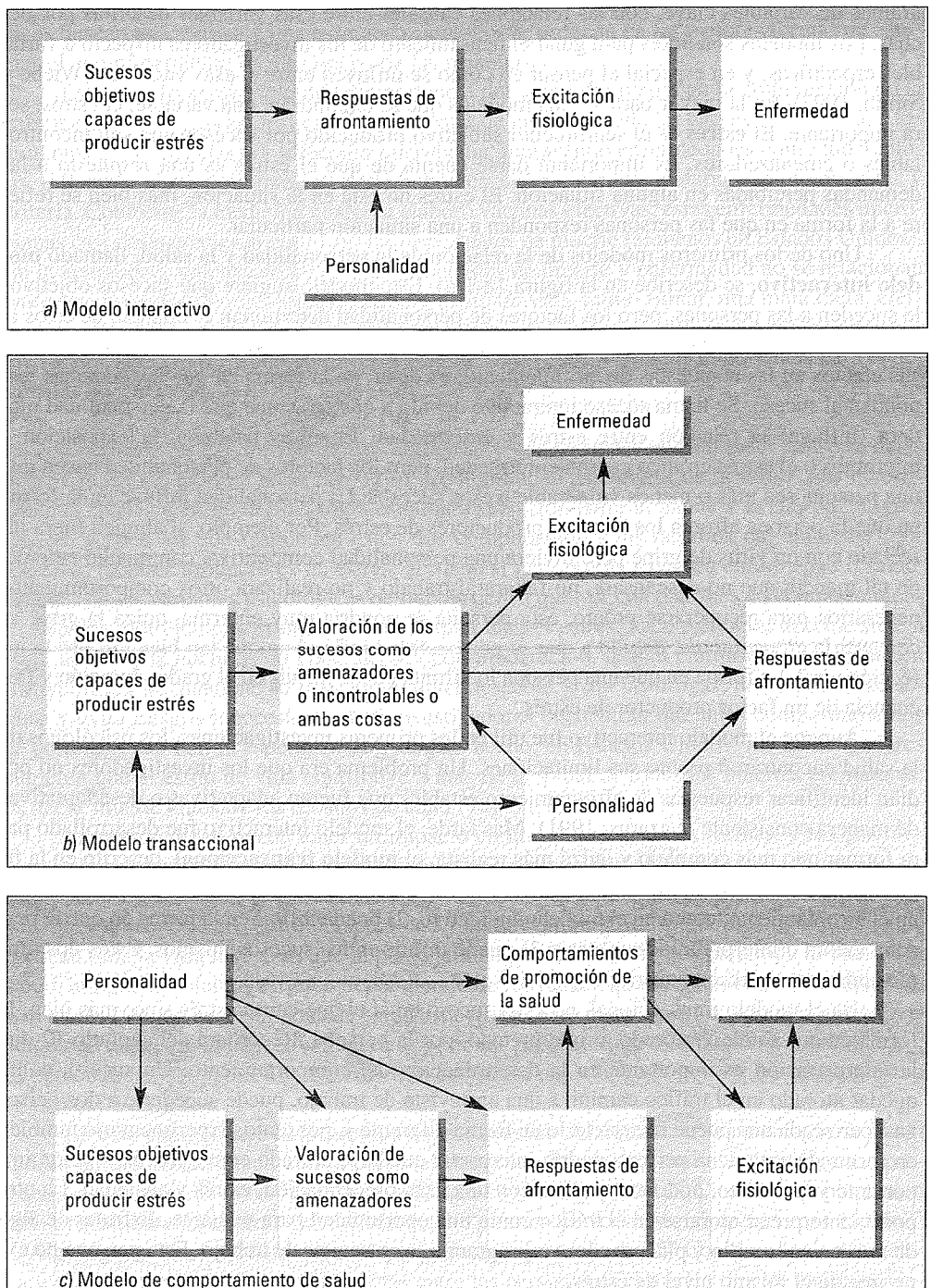


Figura 18.1

Tres modelos que especifican el rol de la personalidad en la moderación de los efectos del estrés en la enfermedad: *a*) el modelo interactivo, el cual especifica que la personalidad influye la forma en que las personas afrontan, *b*) el modelo transaccional, el cual especifica que la personalidad influye la forma en que las personas afrontan, al igual que la forma en que valoran e influyen en las situaciones, y *c*) el modelo de comportamiento de salud que especifica que la personalidad influye en la forma en que las personas afrontan, valoran e influyen en las situaciones, junto con la influencia en los comportamientos de salud probables que practican las personas.

Estas dos partes del modelo transaccional, valoración e influencias de las personas en los sucesos, son la razón por la que el modelo se llama transaccional. Estos dos elementos del modelo implican que los factores productores de estrés no sólo influyen en las personas; también se entiende que las personas influyen en ellos. Y esta influencia ocurre a través de la valoración de los sucesos, al igual que de la selección y modificación de éstos. Esta influencia recíproca de las personas y sucesos hace de éste un modelo más complicado, aunque quizá más realista, de la forma en que el proceso funciona en verdad.

Los modelos interactivo y transaccional de la personalidad y la salud son similares, y fueron elaborados al principio de la investigación en esta área. Son parecidos en que ambos plantean un rol causal para la personalidad en el afrontamiento del estrés. Sin embargo, el modelo transaccional agrega dos roles para la personalidad al influir si se evocará una respuesta de estrés: primero, la personalidad influye en las clases de situaciones que uno encuentra en la vida y, segundo, la personalidad influye en la forma en que uno interpreta las situaciones que encuentra. En ambos modelos se considera que la personalidad influye en forma directa la relación entre los factores productores de estrés y la enfermedad.

Un tercer modelo, el **modelo del comportamiento de salud**, agrega otro factor al modelo transaccional. Es importante darse cuenta de que, hasta ahora, los tres modelos son simples extensiones del tema de que la personalidad influye en el vínculo estrés-enfermedad. En este modelo, el cual se describe en la figura 18.1(c), la personalidad no influye en forma directa en la relación entre estrés y enfermedad. En cambio, en este modelo, la personalidad afecta a la salud en forma indirecta, a través de comportamientos que promueven la salud o que la degradan. Todos saben que los comportamientos dañinos para la salud, como ingerir demasiada grasa, fumar y practicar el sexo inseguro, aumentan el riesgo de desarrollar ciertas enfermedades. Este modelo sugiere que la personalidad influye en el grado en que una persona emite varios comportamientos que promueven la salud o la degradan. Los comportamientos de salud se están reconociendo cada vez más como contribuyentes importantes para el vínculo personalidad-salud (Wiebe y Smith, 1997). Por ejemplo, la extroversión se asocia con una tendencia a fumar (Eysenck, 1989). Y fumar, por supuesto, se asocia con diversos problemas de salud, incluyendo cáncer pulmonar, hipertensión arterial y enfermedad cardiaca.

Un cuarto modelo del vínculo entre personalidad y salud, el **modelo de la predisposición**, se muestra en la figura 18.2(a). Los tres modelos anteriores eran variaciones del mismo tema de que la personalidad influye en la relación entre estrés y enfermedad ya sea en forma directa (modelos interactivo y transaccional) o de manera indirecta (modelo del comportamiento de salud). El cuarto modelo es diferente por completo y sostiene que tanto la personalidad como la enfermedad son expresiones de una predisposición subyacente. Este modelo es una concepción muy simple, que sugiere que existen asociaciones entre personalidad y enfermedad debido a una tercera variable, la cual las está causando a ambas. Por ejemplo, el aumento en la reactividad del sistema nervioso simpático puede ser la causa de enfermedades subsiguientes, *al igual* que la causa de los comportamientos y emociones que llevan a una persona a ser llamada neurótica. Es decir, puede encontrarse una asociación entre enfermedad y personalidad debido a una predisposición que subyace en ambas. El modelo de la predisposición no ha sido el tema de muchos estudios sistemáticos, aunque parece probable que este modelo guiará a los investigadores interesados en la base genética de las enfermedades. Muy bien podría resultar que algunas predisposiciones genéticas sean expresadas tanto en función de una diferencia individual estable como en función de la susceptibilidad a enfermedades específicas (Bouchard *et al.*, 1990). Por ejemplo, algunos investigadores especulan que hay una causa genética para la búsqueda de novedad (un rasgo como la búsqueda de sensaciones) y que esta secuencia genética también causa, o hace probable que una persona desarrolle, una adicción a las drogas (Cloninger, 1999). En consecuencia, la correlación entre el rasgo de personalidad de la búsqueda de novedad y la adicción a drogas como cocaína, anfetaminas y heroína puede deberse al hecho de que estas dos variables sean causadas de manera independiente por una tercera variable: los genes. Este modelo simple

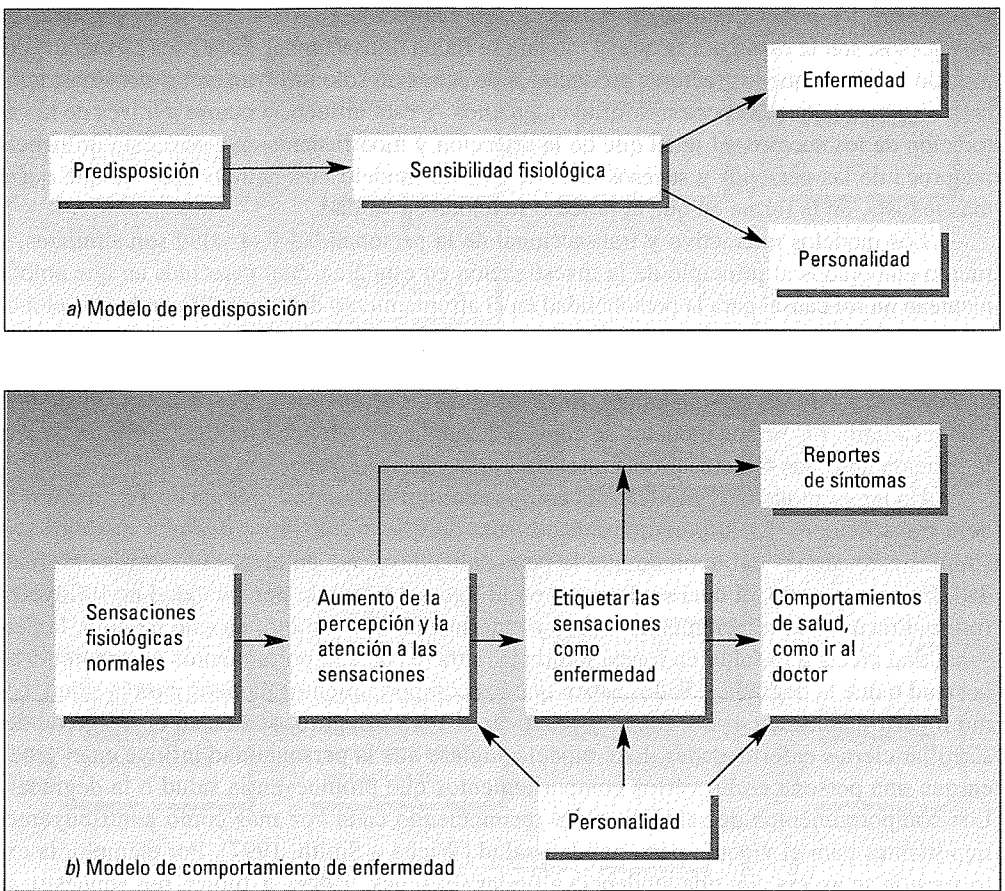


Figura 18.2

Modelos adicionales de la relación entre personalidad y salud: *a*) el modelo de predisposición, el cual sostiene que la personalidad y la salud se relacionan debido a una predisposición común, y *b*) el modelo de comportamiento de enfermedad, el cual especifica cómo podría influir la personalidad en si una persona buscaría atención médica o reportaría síntomas de enfermedad o no.

puede ser útil conforme el proyecto del genoma humano (véase el capítulo 7) progresa en el trazado del mapa del genoma para comprender qué controlan genes específicos.

El modelo final para nuestra consideración, llamado **modelo del comportamiento de enfermedad**, no es un modelo de enfermedad per se sino, más bien, un modelo de comportamiento de enfermedad. La enfermedad en sí se define como la presencia de un proceso fisiológico anormal que se puede medir en forma objetiva, como fiebre, presión arterial alta o un tumor. El comportamiento de enfermedad, por otro lado, es la acción que emprenden las personas cuando piensan que tienen una enfermedad, como quejarse con otros de sus síntomas, ir al doctor, faltar un día a la escuela o al trabajo, o tomar medicamentos. Los comportamientos de enfermedad se relacionan con enfermedades reales, pero no en forma perfecta. Algunos individuos pueden resistir una enfermedad, rehusándose en forma estoica a emitir comportamientos de enfermedad (por ejemplo, rehusándose a faltar un día al trabajo cuando enferman). De manera alternativa, otras personas emiten toda clase de comportamientos de enfermedad aun en ausencia de ésta.

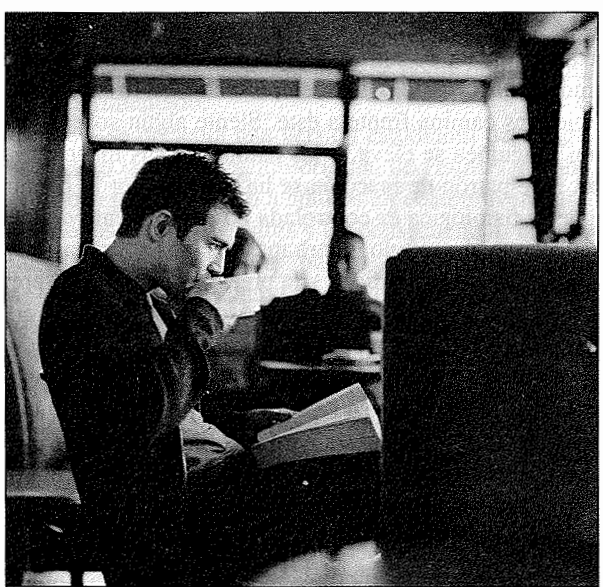
La figura 18.2(b) describe el modelo de comportamiento de enfermedad. Sugiere que la personalidad influye en el grado en que una persona percibe y pone atención a las sensaciones corporales y el grado en que interpreta y etiqueta aquellas sensaciones como una enferme-

dad. La forma en que una persona percibe y etiqueta esas situaciones, entonces, influye en los comportamientos de enfermedad de la persona, como reportar los síntomas y acudir al doctor. Como se expuso en el capítulo 13, el rasgo de personalidad de neuroticismo se asocia con una tendencia a quejarse de síntomas físicos. Sin embargo, los autorreportes de síntomas físicos y comportamientos de enfermedad pueden ser influidos por factores distintos a una enfermedad real, y estos reportes y comportamientos son determinados por la forma en que la persona percibe y etiqueta las sensaciones corporales.

La mayor parte de los modelos de personalidad y enfermedad contienen una variable importante: el concepto de estrés. El estrés es un fenómeno importante pero también muy mal entendido.

El concepto de estrés

Imagine que se aproxima un examen importante para usted en su clase de química. Esperó hasta dos noches antes del examen para comenzar a prepararse. Cuando por fin decide empezar a estudiar busca sus notas de clase, se da cuenta que las dejó en casa de sus padres cuando fue a visitarlos el fin de semana anterior. Entra en pánico y al fin los llama, quienes acuerdan enviárselos por mensajería para que usted pueda tenerlos al día siguiente. Ahora está muy ansioso y no puede dormir por varias horas después de irse a la cama, pues está preocupado por este examen inminente. Al día siguiente está cansado por no dormir bien. Llegan las notas de clase, pero usted tiene otras actividades durante el día, así que tendrá que estudiar esa noche en su departamento. Así que, mientras se prepara para estudiar, su compañero de dormitorio le recuerda la fiesta que había planeado para esa noche, la cual usted había ol-



Estudiar para un examen puede producir estrés o no, dependiendo de si la situación lo controla a usted o usted controla la situación. El estrés ocurre cuando los sucesos parecen incontrolables y amenazadores. Tomar el control manteniendo al día su tarea, planeando cada día y preparándose en forma oportuna puede hacer que el estudio produzca menos estrés.

vidado. Ahora tiene que irse a otra parte a estudiar, un ambiente poco familiar, como la biblioteca. Se apresura a instalarse en un área apartada de la biblioteca y se prepara a estudiar. Aunque está tranquilo en ese lugar, se siente tan cansado y ansioso que no puede concentrarse en el material. A medianoche, la biblioteca cierra y usted se apresura a regresar a su departamento. La fiesta continúa, y sigue hasta las 2:00 A.M. Mientras, usted trata con impaciencia de estudiar en su habitación, pero las personas y la música lo distraen. Por último, se siente tan sobrecargado que se da por vencido y se va a la cama después de que la gente se ha ido. Pero aun ahora no puede dormir. Está ansioso y frustrado y se siente absolutamente sin preparación para el examen importante que tiene en la mañana. De hecho, se da cuenta que tendrá lugar en sólo unas cuantas horas. Las cosas están fuera de su control. Nota que tiene un dolor de cabeza intenso y, aun cuando está acostado en su cama, su corazón late con fuerza y le sudan las palmas de las manos. No está seguro de qué hacer. Desea estudiar, pero también sabe que le haría bien dormir unas cuantas horas. Y al parecer no puede hacer ninguna de las dos cosas.

Esto es estrés. Un sentimiento de ser abrumado por sucesos que al parecer uno no puede controlar. Las cosas que causan estrés se llaman **factores productores de estrés**, y parecen tener varios atributos comunes:

1. Los factores productores de estrés son extremos, producen un estado abrumado o sobrecargado, que tan sólo no puede soportarse demasiado.
2. Los factores productores de estrés con frecuencia producen tendencias opuestas, como desear y no desear una actividad u objeto, como querer estudiar pero también desear aplazarlo lo más posible.
3. Los factores productores de estrés son incontrolables, fuera de nuestro poder de influencia, como un examen que no podemos evitar.

Respuesta al estrés

Cuando aparece un factor productor de estrés, las personas de manera típica experimentan un patrón de reacciones emocionales y fisiológicas, como si alguien lo sobresaltara al tocar el claxon de un automóvil mientras camina frente a éste. Siente algún sobresalto, su corazón late más rápido y su presión sanguínea se eleva, y las palmas de sus manos y las plantas de sus pies comienzan a sudar. Este patrón de reacción se ha llamado por lo común la respuesta de pelear o huir. Esta respuesta fisiológica es controlada por un aumento de la actividad del sistema nervioso simpático (véase el capítulo 6 para más detalles sobre las respuestas del sistema nervioso). El aumento en el ritmo cardiaco y la presión sanguínea lo preparan a uno para la acción, como pelear o escapar. Las manos y los pies sudorosos tal vez son una preparación para sostener un arma o para correr. Esta respuesta fisiológica por lo general es muy breve y, si el factor productor de estrés es tan menor como alguien que toca el claxon de un automóvil para verlo saltar, entonces quizá regrese a su estado normal en un minuto o menos.

Sin embargo, si una persona es expuesta a un factor productor de estrés particular día tras día, entonces esta respuesta fisiológica de pelear o huir tan sólo es el primer paso en una cadena de sucesos denominada **síndrome de adaptación general** (SAG) por Hans Selye (1976), un pionero en la investigación del estrés. Selye propuso que el SAG seguía un modelo en etapas, como se describe en la figura 18.3. La primera etapa, llamada **etapa de alarma**, consiste en la respuesta de pelear o huir del sistema nervioso simpático y las reacciones asociadas del sistema nervioso periférico. Éstas incluyen la liberación de hormonas, las cuales preparan al cuerpo para el desafío. Si el factor productor de estrés continúa, entonces comienza la siguiente etapa, la **etapa de resistencia**. El cuerpo usa sus recursos con un índice por arriba del promedio, aun cuando la respuesta de pelear o huir inmediata ha amainado. En este punto, se está resistiendo el estrés, pero requiere una gran cantidad de esfuerzo y energía. Si el factor productor de estrés permanece constante, la persona al final entra en la tercera etapa, la **etapa de agotamiento**. Selye sentía que ésta era la etapa en que una persona

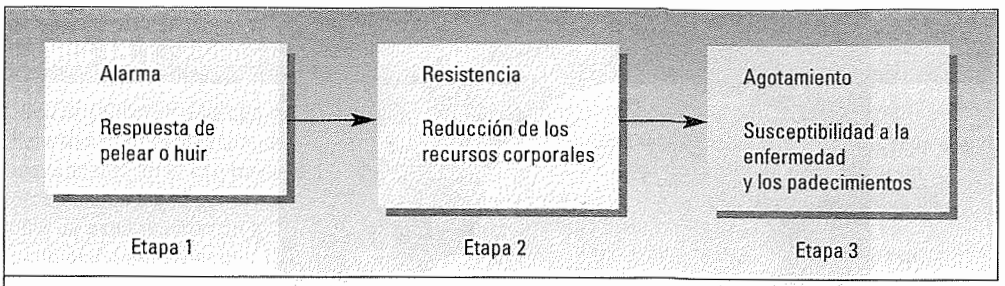


Figura 18.3
Las tres etapas del síndrome de adaptación general propuesto por Selye.

es más susceptible a la enfermedad y los padecimientos, conforme se agotan sus recursos fisiológicos.

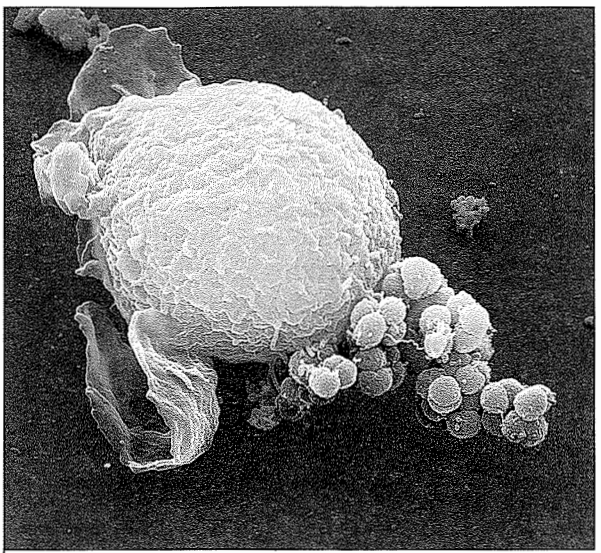
Sucesos importantes en la vida

¿Cuáles son algunos factores comunes productores de estrés, sucesos que es probable que evoquen estrés en la mayoría de las personas? Holmes y Rahe (1967) estudiaron varios **sucesos importantes en la vida**, aquellos que requieren que las personas hagan adaptaciones importantes en su vida. En su investigación, Holmes y Rahe deseaban estimar el valor de estrés potencial de una amplia variedad de sucesos en la vida. Comenzaron con una lista grande de ellos, como la muerte de un miembro de la familia, la pérdida de un empleo o ser encarcelado. Luego hicieron que muchos sujetos calificaran cada uno de los sucesos respecto a cuánto estrés era probable que provocara cada uno. Posteriormente cada suceso se asociaba con tantos "puntos" de estrés y, al contar los sucesos que había experimentado una persona, y sumando los puntos de estrés para todos ellos, entonces se podía obtener una buena estimación de la cantidad de estrés experimentado.

En el cuadro 18.1 se presenta una versión estudiantil del programa de sucesos productores de estrés basado en la investigación original de Holmes y Rahe. Se ha modificado con propósitos de enseñanza para aplicarse a adultos en edad universitaria y debería considerarse un indicador burdo de los niveles de estrés y las consecuencias de salud. En esta escala, el número que sigue al suceso se refiere a los "puntos" de estrés asociados con ese suceso. Puede ver que la muerte de un familiar cercano, la muerte de un amigo y el divorcio de los padres son los sucesos que tienen probabilidad de evocar más estrés. De manera interesante, casarse también es probable que produzca estrés, como otros sucesos "positivos", como empezar a estudiar en la universidad o tener un logro importante. Esto resalta el hecho de que el estrés es la respuesta subjetiva a un suceso y que, aun cuando éste sea positivo, puede tener las tres características asociadas con los factores productores de estrés: intensidad, conflicto e incontrolabilidad.

Si contesta la Prueba de estrés estudiantil del cuadro 18.1 y resulta tener niveles altos de estrés, hay varias cosas que puede hacer. Uno, vigile las primeras señales de estrés, como dolores de estómago o de cabeza recurrentes. Dos, evite pensamientos negativos, el pesimismo o la catastrofización. Tres, arme a su cuerpo contra el estrés comiendo en forma nutritiva, haciendo suficiente ejercicio y durmiendo bien. Cuatro, practique una técnica de relajación en forma regular. Cinco, acuda a sus amigos y parientes en busca de apoyo cuando lo necesite.

En su investigación inicial, Holmes y Rahe registraron los puntos de estrés que cada uno de los participantes de la investigación había acumulado en el año anterior. Encontraron que las personas con puntuaciones más altas de estrés también tuvieron más probabilidad de tener una enfermedad grave durante ese año. Esta investigación estuvo entre las primeras demos-



Un glóbulo blanco macrófago tragándose un grupo de Neisseria gonorrhoeae, *la bacteria que causa la gonorrea, enfermedad de transmisión sexual. Los macrófagos blancos grandes de manera típica rodean y destruyen a las bacterias, cumpliendo su rol defensivo en el sistema inmunológico humano.*

traciones sistemáticas de que el estrés elevado, un fenómeno psicológico, se asociaba con un riesgo elevado para diversas enfermedades. Estos hallazgos persuadieron a los investigadores médicos de tomar en serio la noción de que factores distintos a los microbios y el mal funcionamiento de los órganos contribuían a la enfermedad.

Otros investigadores han adoptado un enfoque más experimental para ver si el estrés se relaciona con la susceptibilidad a la enfermedad. Por ejemplo, Cohen, Tyrrell y Smith (1997) obtuvieron reportes de sucesos de la vida productores de estrés para un grupo de voluntarios y fueron capaces de calificar a cada participante a lo largo de las líneas de los criterios de Holmes y Rahe para las puntuaciones productoras de estrés para varios sucesos. Con la autorización de los participantes, estos investigadores trataron luego de infectar a la mitad de los participantes con una gripe dándoles gotas para la nariz que contenían el virus de la gripe. A la otra mitad de los participantes en la investigación se les dieron gotas para la nariz sencillas; sirvieron como el grupo control en este experimento. ¿Qué sucedió? Los participantes con sucesos de la vida más negativos en el año previo, que indicaron que estaban experimentando mucho estrés en la vida, tuvieron más probabilidad de desarrollar una gripe después de dárseles el virus de la gripe que los participantes con menos factores productores de estrés en su vida, quienes fueron más resistentes al virus de la gripe. Los investigadores interpretaron este hallazgo como consistente con el síndrome de adaptación general: las personas bajo estrés crónico con el tiempo agotaron sus recursos corporales y se volvieron vulnerables a las infecciones microbianas.

La relación entre un aumento del estrés y una disminución en la resistencia a la infección viral y bacteriana se ha demostrado en forma repetida (por ejemplo, Cohen *et al.*, 1995). En la actualidad, la mayoría de los investigadores interpretan tales hallazgos como ilustraciones de los efectos del estrés en el sistema inmunológico. Es decir, se considera que el estrés disminuye la capacidad funcional del sistema inmunológico para organizar una respuesta efectiva ante la presencia de microbios, lo que conduce, por tanto, a una disminución de la inmunidad a la infección y una enfermedad resultante (Marsland *et al.*, 2001; Miller y Cohen, 2001).

Cuadro 18.1 Prueba de Estrés Estudiantil

INSTRUCCIONES: Marque cada suceso que le haya acontecido durante el año pasado. Para determinar su puntuación de estrés, sume el número de puntos correspondientes a los sucesos que experimentó en el año pasado. Si su puntuación es 300 o más, está en riesgo de desarrollar un problema de salud por el estrés. Si su puntuación está entre 150 y 300, tiene una probabilidad de 50% de experimentar un problema de salud en los siguientes años si el estrés persiste. Si su puntuación es menor que 150, tiene un riesgo relativamente bajo de un cambio de salud grave debido al estrés (DeMeuse, 1985; Insel y Roth, 1985).

ESCALA DE ESTRÉS ESTUDIANTIL

1. Muerte de un familiar cercano	100
2. Muerte de un amigo cercano	73
3. Divorcio de los padres	65
4. Un periodo en la cárcel	63
5. Lesión o enfermedad personal importante	63
6. Matrimonio	58
7. Despedido del trabajo	50
8. Reprobar un curso importante	47
9. Cambio en la salud de un familiar	45
10. Embarazo	45
11. Problemas sexuales	44
12. Discusión seria con un amigo cercano	40
13. Cambio en la situación financiera	39
14. Cambio de carrera	39
15. Problemas con los padres	39
16. Nuevo novio o novia	38
17. Aumento en la carga de trabajo	37
18. Logro personal sobresaliente	36
19. Primer trimestre o semestre en la universidad	35
20. Cambio en las condiciones de vida	31
21. Discusión seria con el instructor	30
22. Calificaciones más bajas de lo esperado	29
23. Cambio en los hábitos de sueño	29
24. Cambio en las actividades sociales	29
25. Cambio en los hábitos alimentarios	28
26. Problema crónico con el automóvil	26
27. Cambio en el número de fiestas familiares	26
28. Demasiadas clases perdidas	25
29. Cambio de universidad	24
30. Faltar a más de una clase	23
31. Violaciones de tránsito menores	20
TOTAL	

Fuente: Basado en una adaptación de la Escala de Sucesos de la Vida de Holmes y Rahe.
Fuente: De T.H. Holmes y R.H. Rahe, *Journal of Psychosomatic Research*, 1967, vol. II, pp. 213-217. Reimpreso con autorización.

Vicisitudes cotidianas

Aunque los resultados en los sucesos importantes en la vida son fascinantes, los investigadores del estrés han pasado a nuevas preguntas. Una nueva línea de investigación comienza con la observación de que los sucesos importantes en la vida son, por suerte, bastante infrecuentes en nuestra vida. Parece que las fuentes más importantes de estrés en la vida de la mayoría de las personas son lo que se denomina **vicisitudes cotidianas** (Delongis, Folkman y Lazarus, 1988; Lazarus, 1991). Aunque sólo menores, las vicisitudes cotidianas pueden ser crónicas y repetitivas. Ejemplos: tener demasiado que hacer todo el tiempo, tener que luchar con multitudes cuando se va de compras, quedarse atorado con regularidad en el tráfico pesado, tener que hacer fila todo el tiempo, tener un jefe desagradable en el trabajo y tener que preocuparse por el dinero. Tales vicisitudes cotidianas pueden ser irritantes en forma crónica, aunque no inician el mismo síndrome de adaptación general evocado por algunos sucesos importantes en la vida. Los resultados de la investigación sobre las vicisitudes cotidianas han mostrado que, en forma parecida a los sucesos importantes en la vida, las personas con mucho estrés menor en su vida sufren más de lo esperado de síntomas psicológicos y físicos. Las 10 vicisitudes cotidianas más comunes se enumeran en el cuadro 18.2.

Variedades de estrés

El estrés es una respuesta física y psicológica a demandas y presiones percibidas. En la respuesta de estrés, las personas movilizan recursos físicos y emocionales para afrontar las demandas y presiones. Una respuesta de estrés que es demasiado frecuente, demasiado extrema o demasiado prolongada puede poner una gran demanda, o incluso agotar, los recursos físicos, sociales y psicológicos de una persona. Los factores intensos productores de estrés también generan sentimientos de angustia. Nuestros cuerpos expresan esta angustia en una variedad de formas: irritabilidad, ira, ansiedad, depresión, fatiga, dolores de cabeza por tensión, dolores de estómago, hipertensión, migrañas, úlceras o colitis. Con el tiempo, el estrés puede conducir a enfermedades aún más graves, como cáncer, diabetes o disfunción de la tiroides.

Cuadro 18.2 Las 10 vicisitudes cotidianas experimentadas en forma más común

Vicisitudes	Porcentaje*
Preocupaciones acerca del peso	52
Salud de un familiar	48
Aumento en los precios de artículos comunes	43
Mantenimiento del hogar	43
Demasiadas cosas que hacer	39
Perder o traspapelar las cosas	38
Trabajo en el patio o mantenimiento exterior de la casa	38
Propiedad, inversión o impuestos	37
Crimen	37
Apariencia física	36

*Durante un periodo de nueve meses, estos porcentajes representan los porcentajes promedio de las personas que indican que la vicisitud fue una fuente significativa de estrés.
Adaptado de Kanner *et al.*, 1981, p. 14.

A partir del 11 de septiembre de 2001, las personas que vivieron de cerca el atentado al World Trade Center experimentaron estrés traumático. Muchos de ellos desarrollaron el trastorno de estrés postraumático.

Los psicólogos distinguen cuatro variedades de estrés:

- El **estrés agudo** es lo que la mayoría de las personas asocia con el término estrés. El estrés agudo resulta del inicio repentino de demandas, y se experimenta como dolores de cabeza por tensión, malestares emocionales, perturbaciones gastrointestinales, sentimientos de agitación y presión. La fecha del 11 de septiembre de 2001 fue una de estrés agudo para muchas personas. Aun para quienes no estaban implicadas en forma directa con los sucesos de ese día, muchas experimentaron el estrés que viene de la sensación de que los sucesos no están bajo control (Peterson y Seligman, 2003).
- El **estrés agudo episódico** es más grave, en el sentido que se refiere a episodios repetidos de estrés agudo, como un trabajo de fin de semana que produce estrés o tener que cumplir con un plazo cada mes. El estrés agudo episódico puede conducir a migrañas, hipertensión, apoplejía, ansiedad, depresión, malestar gastrointestinal grave.
- El **estrés traumático** se refiere a un caso masivo de estrés agudo, cuyos efectos pueden resonar por años o incluso durante toda la vida (por ejemplo, Bunce, Larsen y Peterson, 1995). El estrés traumático difiere del estrés agudo de manera principal en función de los síntomas asociados con la respuesta de estrés. Este conjunto de síntomas, llamado **trastorno de estrés postraumático** (TEPT), es un síndrome que ocurre en algunas personas después de experimentar o atestiguar sucesos que amenazan la vida, como combates militares, desastres naturales, incidentes terroristas, accidentes graves o asaltos personales violentos como una violación. Muchas personas experimentaron síntomas de TEPT después de la tragedia del 11 de septiembre. Un estudio reciente de refugiados que huían de la guerra en Kosovo encontró que más de 60% de ellos mostraba síntomas de TEPT (Ai, Peterson y Ubelhor, 2002). Las personas que sufren de TEPT con frecuencia reviven la experiencia a través de pesadillas o escenas retrospectivas intensas, tienen dificultades para dormir, malestares físicos, emociones planas y se sienten distanciados o separados de otros. Estos síntomas pueden ser muy graves y durar lo suficiente como para deteriorar de manera significativa la vida diaria de la persona, como tener problemas con las relaciones personales o dificultades para conservar un empleo.

- El **estrés crónico** es otra forma grave de estrés. Se refiere al estrés que no termina. Día tras día, el estrés crónico nos oprime hasta que se agota nuestra resistencia. Las enfermedades sistémicas graves, como la diabetes, la disminución del funcionamiento del sistema inmunológico o la enfermedad cardiovascular, pueden producirse por estrés crónico.

Los psicólogos de la salud creen que el estrés tiene **efectos aditivos**; es decir, los efectos del estrés se suman y se acumulan en una persona con el tiempo. El estrés afecta a cada persona en forma diferente. Cada uno podemos percibir las demandas y presiones en forma diferente o tener distintos recursos o habilidades de afrontamiento. Tales diferencias individuales en el proceso de estrés forman una cuestión central para los psicólogos que estudian la personalidad y la salud.

Valoración primaria y secundaria

No todas las personas responden a los factores productores de estrés en la misma forma. Dos personas pueden experimentar el mismo suceso, pero una es devastada y abrumada por completo, mientras la otra lo acepta como un reto y se moviliza a una acción positiva. Las diferencias entre personas en la forma en que responden al mismo suceso son posibles debido a que el estrés no está "allá afuera" en el ambiente. Más bien, el estrés está en la *reacción subjetiva* de la persona ante factores productores de estrés potenciales (Lazarus y Folkman, 1984). Vale la pena enfatizar esto debido a que muchas personas se refieren a un suceso como estresante, como si el estrés fuera una característica de éste. En cambio, el estrés en realidad es la respuesta a ese suceso. Por ejemplo, dos personas están tomando el mismo curso de química orgánica; presentan el mismo examen y ambos lo reprueban. Una de ellas puede tener mucho estrés por esto, mientras la otra puede estar sin inmutarse y no sentir nada de estrés por el fracaso. ¿Cómo puede sucederle el mismo suceso a dos personas, pero una responder con estrés y la otra no?

De acuerdo con el psicólogo Richard Lazarus (1991), a fin de que el estrés sea evocado en una persona, deben ocurrir dos sucesos cognoscitivos. El primero al cual llamó Lazarus **valoración primaria**, es que la persona perciba que ese suceso es una amenaza para sus metas personales. El segundo, la **valoración secundaria**, es cuando la persona concluye que no tiene los recursos para afrontar las demandas del suceso amenazador. Si está ausente cualquiera de estas valoraciones, si la persona no percibe el suceso como amenazador o si siente que tiene abundancia de recursos para afrontar la amenaza, entonces no se produce el estrés. Por ejemplo, si un suceso, como un examen que se aproxima, es percibido como amenazador para las metas de alguien, pero la persona siente que tiene los recursos que demanda ese suceso (es decir, el sujeto ha estudiado y por lo demás se ha preparado para el examen), entonces la persona podría experimentar el suceso más como un desafío que como estrés. De manera alternativa, el sujeto podría sentir que no tiene los recursos que demanda el suceso (valoración secundaria) pero podría no pensar que éste es importante para sus metas a largo plazo (valoración primaria) y, así, podría no responder con estrés.

¿Qué podría conducir a algunos individuos a evitar de manera consistente la respuesta de estrés? ¿Cuáles son algunas de las estrategias que usan las personas para superar el estrés y la ansiedad, y los sentimientos abrumadores que los acompañan? A continuación se tomarán en cuenta varias dimensiones de personalidad que se han asociado con la resistencia al estrés.

Estrategias y estilos de afrontamiento

A todos se nos presentan sucesos desagradables en la vida. Todos tenemos contratiempos, pérdidas y frustraciones temporales en nuestra vida cotidiana. Sin embargo, algunas personas pa-

recen mejor dotadas para afrontar, para superar los sucesos productores de estrés o para ver de alguna manera tales sucesos como desafíos más que como fuentes de estrés. Una dimensión de personalidad que se ha estudiado en relación con el estrés es con la que ya nos hemos familiarizado en el capítulo 12: el estilo de atribución.

Estilo de atribución

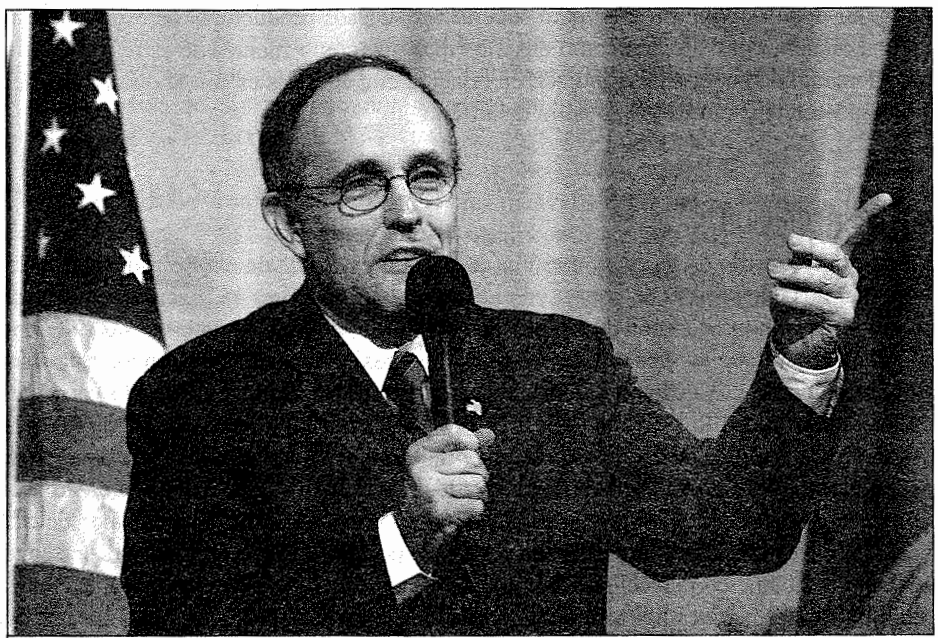
Recordará que el estilo de atribución es una forma disposicional de explicar las causas de los sucesos dañinos. Una forma de pensar en el estilo de atribución es en función de la siguiente pregunta: "¿En dónde es común que la persona coloque la culpa cuando las cosas salen mal?" También recordará que las tres dimensiones importantes de la atribución son externa frente a interna, inestable frente a estable y específica frente a global. Se han elaborado varias medidas para evaluar el estilo de atribución típico de las personas. Recordará del capítulo 12 el Cuestionario de estilo de etribución (CEA), elaborado por el psicólogo Chris Peterson y sus colegas (Peterson *et al.*, 1982). Sin embargo, otra técnica muy útil para evaluar el estilo de atribución es analizar el contenido de las explicaciones escritas o habladas de las personas. Las personas con frecuencia proporcionan de manera espontánea explicaciones para los sucesos en sus conversaciones o redacciones cotidianas. Es posible encontrar estas explicaciones en material de transcripciones literales y calificarlas a lo largo de las dimensiones de atribución de internalidad, estabilidad y globalidad. Esta técnica para medir el estilo de atribución también fue elaborada por Peterson y sus colegas (Peterson *et al.*, 1992), quienes la llamaron Análisis del Contenido de Explicaciones Literales (ACEL).

La técnica ACEL tiene la ventaja de permitir al investigador estudiar a participantes que no están disponibles o dispuestos a colaborar en una investigación típica, siempre que tales participantes hagan público algún material que contenga explicaciones causales (Peterson, Seligman y Vaillant, 1988). Por ejemplo, los discursos presidenciales a menudo contienen explicaciones para una gran cantidad de acontecimientos. Y las estrellas de cine con frecuencia dan entrevistas que contienen explicaciones de sucesos en su vida. Las cintas de psicoterapia pueden analizarse con ACEL, ya que con frecuencia contienen atribuciones de las personas respecto a por qué les sucedieron cosas a ellas. Del mismo modo, las letras de canciones, relatos infantiles, descripciones deportivas y mitos y textos religiosos contienen explicaciones para sucesos que pueden calificarse respecto a cuán internos, estables y globales son.

Ejercicio

Encuentre un artículo en un periódico o una historia en una revista en la que una persona esté explicando un suceso, tal vez una historia acerca de la última caída en el mercado de valores o por qué un equipo local perdió un gran encuentro deportivo. Revise la historia, buscando evidencia de las tres dimensiones del estilo explicativo: interna-externa, estable-inestable y global-específico. Proponga una caracterización de las opiniones de esa persona sobre el suceso en función de cómo atribuye la responsabilidad del mismo.

Peterson, quien ha realizado una gran cantidad de investigación sobre estilo de atribución, ahora prefiere el término *optimismo* para referirse a este constructo de diferencia individual (Peterson, 2000). Las personas que dan explicaciones estables, globales e internas para los sucesos dañinos son vistas como pesimistas, mientras las que dan explicaciones inestables, específicas y externas para los dañinos son vistas como optimistas. Optimismo/pesimismo se



Después de los eventos del 11 de septiembre de 2001, el entonces alcalde de Nueva York —Rudolph Giuliane— exhibió un estilo de afrontamiento que implicó considerar dichos sucesos como externos, temporales y específicos.

ve como una dimensión tipo rasgo a lo largo de la cual difieren las personas. Los optimistas creen que los sucesos de la vida son inestables y específicos y que lo que ellos hacen en verdad influye en los resultados de la vida. Los pesimistas, por otra parte, creen que están desamparados en lo que se refiere a los sucesos dañinos, que éstos tienen causas duraderas que afectan de manera adversa muchos aspectos de su vida (es decir, inflan las cosas fuera de proporción). En consecuencia, los pesimistas creen que su comportamiento no se relaciona con los resultados en la vida.

El optimismo tiene varias definiciones y pueden hacerse distinciones entre los diferentes constructos subyacentes (Peterson y Chang, 2003). Por ejemplo, el constructo de optimismo empleado por Peterson y sus colegas (Peterson y Stenn, 2002) se refiere al estilo explicativo de que los sucesos dañinos son culpa de causas estables, globales e internas. Sin embargo, una definición ligeramente diferente de optimismo es ofrecida por Scheier y Carver (1985; Carver y Scheier, 2000). Estos investigadores enfatizan el **optimismo disposicional** como la expectativa de que los sucesos buenos serán abundantes en el futuro, y que los dañinos serán raros en el futuro. Por ejemplo, es probable que los optimistas crean que lograrán el éxito en la mayor parte de las áreas de su vida. Esta definición no enfatiza el estilo explicativo, sino las expectativas para el futuro.

Otro concepto relacionado con el optimismo, llamado **autoeficacia**, fue desarrollado por Bandura (1986). La autoeficacia es la creencia de que uno puede realizar los comportamientos necesarios para lograr un resultado deseado. La autoeficacia también es la confianza en que uno tiene la capacidad para llevar a cabo las acciones necesarias para lograr un resultado específico. Por ejemplo, autoeficacia es la creencia y seguridad que tiene alguien de que puede escalar el monte Everest, el sentimiento subjetivo y la expectativa positiva acerca de llevar a cabo los comportamientos necesarios para escalar la montaña.

Por último, un cuarto concepto relacionado con el optimismo se refiere a las percepciones del riesgo. Imagine que se le pide que estime la probabilidad de que le ocurran va-

rios sucesos, usando una escala de 0 a 100; 0 significa "nunca me sucederá a mí" y 100 significa "es seguro que me suceda a mí". Los sucesos que se le pide que estime son cosas como morir en un accidente de avión, que le diagnostiquen cáncer, tener un ataque cardiaco y ser alcanzado por un rayo. Los optimistas perciben que tienen un riesgo menor para dichos sucesos negativos que la persona promedio. Lo que es interesante, sin embargo, es que la mayoría de las personas por lo general subestiman sus riesgos; es decir, la persona promedio estima su riesgo por debajo de lo que es el promedio verdadero. Esto se conoce como el **prejuicio optimista**, y en realidad puede llevar a las personas a ignorar o minimizar los riesgos inherentes en la vida o a correr más riesgos de los que deberían. No obstante, las personas difieren en forma impresionante entre sí en sus percepciones de los riesgos asociados con la vida cotidiana; las personas pesimistas sobreestiman los riesgos, con relación a las personas optimistas.

Ejercicio

Puede haber varias formas de conceptualizar y definir la salud. Por ejemplo, ¿se mide mejor la salud preguntando a una persona cómo se siente o viendo cuántas veces va al doctor? ¿Sería mejor medir a cuántos gérmenes han sido expuestas las personas o evaluar el funcionamiento de su sistema inmunológico? ¿O es la mejor medida de la salud tan sólo cuánto vive una persona? Aunque hay muchas formas de pensar en la salud, no todas se correlacionan necesariamente entre sí. Por ejemplo, las mujeres van al doctor con más frecuencia que los hombres, ¿por tanto, concluimos que los hombres son más sanos? Por otra parte, las mujeres tienden a vivir más que los hombres, ¿por tanto, deberíamos concluir entonces que las mujeres son más sanas? Es obvio que la forma en que uno interpreta los resultados de esta investigación depende de cómo se defina la salud en cada estudio.

Muchos estudios sobre la personalidad y la salud se centran en la salud como la ausencia de enfermedad o en la duración de la vida de la persona. Los psicólogos se centran en si sus participantes están enfermos o no, o si han muerto después de un cierto número de años o no. Esta visión de la salud como la ausencia de enfermedad puede ser sólo parte del panorama cuando se trata de la personalidad y la salud. Otra parte del panorama puede estar relacionada con la calidad de vida. ¿La persona vive bien? Cuánto vive una persona o si está libre de enfermedad puede no ser una buena medida del bienestar físico. El bienestar físico es algo que va más allá de la salud normal; es una vida vigorosa, una vida de compromiso con los sucesos y actividades de la vida diaria, una carrera satisfactoria, amistades remuneradoras y buenas relaciones con los miembros de la familia. En el futuro, los psicólogos interesados en la personalidad y la salud pueden comenzar a enfocarse en qué variables de personalidad parecen promover no sólo la salud física, sino vivir bien, llevar una vida de gran calidad que no sólo esté libre de enfermedad sino que también incluye alegría, satisfacción, compromiso y significado. Como tal, la palabra final no se basa en cuál es la mejor forma para pensar en la salud física y medirla, de modo que siempre deberíamos calificar los hallazgos de investigación identificando cuáles medidas de salud se usaron.

Hay, sin embargo, ciertas características deseables que deberíamos buscar en las investigaciones sobre salud. Tales estudios podrían ser longitudinales; es decir, deberían llevarse a cabo a lo largo de un determinado periodo. Es más, este periodo debe ser lo bastante largo para permitir que se desarrollen los cambios en la salud. Al comienzo de dichos estudios, deberá medirse la salud y, al final, deberán obtenerse medidas similares de salud. Esto le permitirá al investigador estudiar los cambios en la salud; es decir, quién se enferma y quién mejora con el tiempo. Los estudios que tienen estas características permiten al investigador examinar si una variable psicológica particular, como el optimismo, se relaciona con el desarrollo de la enfermedad.

Un acercamiento detallado

El rol de las emociones positivas en el afrontamiento del estrés

La mayoría de la investigación sobre la personalidad y la salud se centra en las emociones negativas y en la forma en que contribuyen al estrés y la enfermedad. Sin embargo, en años recientes, algunos investigadores han tenido un interés en las emociones positivas, y en las valoraciones positivas, al igual que en la manera en que éstas pueden tener una función protectora (para una revisión, véase Tedeschi, Park y Calhoun, 1998). La hipótesis general es que las emociones positivas y las valoraciones positivas pueden llevar a una disminución del impacto del estrés en la salud (Lyubomirsky, 2001).

Hace varias décadas, Lazarus, Kanner y Folkman (1980) especularon que las emociones positivas desempeñaban tres funciones importantes en el proceso de estrés: 1) pueden sostener los esfuerzos de afrontamiento, 2) pueden proporcionar un descanso del estrés y 3) pueden darle a las personas el tiempo y la oportunidad para restablecer los recursos agotados, incluyendo la restauración de las relaciones sociales. Sin embargo, nadie en el área de investigación de la psicología de la salud prestó seria atención a estas ideas durante casi dos décadas.

En fechas recientes, la psicóloga Barbara Fredrickson ha mostrado el camino en la búsqueda de los efectos de las emociones positivas en el estrés y la enfermedad. Ha propuesto un "modelo de ampliación y construcción" de las emociones positivas, sugiriendo que éstas amplían el alcance de la atención, la cognición y la acción. Esto ayuda a la persona a ver más opciones en situaciones productoras de estrés, a pensar en alternativas y a probar diferentes formas de afrontar el estrés. La parte de "construcción" de su modelo sugiere que las emociones positivas ayudan a la persona a formar reservas de energía, al igual que a construir recursos sociales, en especial en función de la forma en que las emociones positivas ayudan a la persona a construir una red de apoyo social. Ella propone que las emociones positivas son importantes para facilitar el afrontamiento adaptativo y la adaptación al estrés (Fredrickson, 1998, 2000). En la investigación experimental, Fredrickson y Levenson (1998) encontraron que la experiencia de emociones positivas, después de un periodo de estrés agudo, facilitó la recuperación de dicho estrés. De manera específica, estos investigadores examinaron la reactividad cardiovascular a amenazas de ansiedad, y encontraron que los participantes que experimentan una emoción positiva después de este estrés mostraron una recuperación más rápida del ritmo cardiaco y la presión sanguínea que los participantes que no tuvieron la inducción del estado de ánimo positivo.

Las psicólogas Susan Folkman y Judith Moskowitz (2000) se han basado en las ideas de Fredrickson y han sugerido varios mecanismos importantes en la determinación de si las personas experimentarán emociones positivas durante periodos de estrés severo. Dan ejemplos de estos mecanismos de afrontamiento positivo de su estudio de hombres homosexuales que fueron cuidadores de parejas que morían de SIDA. Cuidar a alguien con una enfermedad debilitante crónica, como el SIDA o la enfermedad de Alzheimer, puede producir un estrés extremo y con frecuencia conduce al cuidador a padecer de costos físicos por el estrés y la tensión. De su estudio de dichos cuidadores, Folkman y Moskowitz han identificado tres mecanismos de afrontamiento que son capaces de generar emoción positiva durante el estrés, en oposición a las estrategias de afrontamiento que de manera principal proporcionan alivio de las emociones negativas.

La primera estrategia de afrontamiento de emoción positiva se llama **revaloración positiva**, un proceso cognoscitivo por el cual una persona se enfoca en lo bueno de lo que está sucediendo o ha sucedido. Formas de esta estrategia de afrontamiento positivo incluyen ver oportunidades para el crecimiento personal y ver cómo los propios esfuerzos de uno pueden beneficiar a otras personas. Al cambiar la forma en que interpretan lo que les está sucediendo, las personas en realidad cambian el significado de situaciones de tal manera que la adversidad, de hecho, les da fortaleza. En su estudio de cuidadores de SIDA, Folkman y Moskowitz encontraron que los cuidadores que fueron capaces de revalorar en forma positiva la situación (por ejemplo, "saldré de este desafío como una persona mejor y más fuerte") mostraron una mayor adaptación durante el cuidado e incluso después de la muerte de sus parejas (Moskowitz *et al.*, 1996).

Folkman y Moskowitz advierten que no todas las formas de revaloración positiva son adaptativas. Por ejemplo, si uno fracasa en una meta, entonces devalúa esa meta, y esto puede no conducir a emociones positivas. Por ejemplo, imagine que desea ir a la Escuela de Derecho de Harvard, pero su solicitud es rechazada. Usted puede revalorar en forma cognoscitiva la situación diciendo, "La Escuela de Derecho de Harvard en realidad no es tan buena". Al disminuir la importancia de la meta, puede no sentirla como negativa, pero no necesariamente produce felicidad o las otras emociones positivas a las que se refieren Folkman y Moskowitz.

La segunda estrategia de afrontamiento positivo identificada por Folkman *et al.* (1997) es el **afrontamiento enfocado en el problema**, el uso de pensamientos y comportamientos para manejar o resolver la causa subyacente del estrés. Se ha asumido en forma típica que esta estrategia es útil en situaciones en las que una persona tiene algún control sobre los resultados. Sin embargo, Folkman y Moskowitz señalan cómo puede ser útil esta estrategia en situaciones que, en la superficie, parecen incontrolables. En el estudio del cuidador de SIDA, muchos de los cuidadores estaban atendiendo a parejas que estaban muriendo, una situación que no podía detenerse, invertirse o siquiera hacerse más lenta. Sin embargo, aun en estas condiciones al parecer incontrolables, algunos cuidadores fueron capaces de

enfocarse en las cosas que podían controlar. Por ejemplo, muchos crearon listas "por hacer" de pequeñas cosas, como conseguir las recetas, administrar los medicamentos y cambiar las sábanas de la cama de sus parejas. Llevar estas listas, y marcando los elementos logrados, daba a los cuidadores oportunidades de sentirse efectivos y en control en una situación por lo demás abrumadora. Y muchos reportaron que emociones positivas acompañaban a esos logros, aunque fueran menores. Otros cuidadores reportaron sentirse vigorizados y enfocados por sus acciones dirigidas a los problemas. Y experimentaron la gratitud de sus parejas y algunos más cuando se completaban las tareas. En resumen, enfocarse en resolver problemas, aunque sean pequeños, puede dar a una persona un sentido positivo de control aun en las circunstancias más incontrolables y productoras de estrés.

El tercer mecanismo de afrontamiento positivo se llama **creación de sucesos positivos** y se define como la creación de un tiempo libre positivo del estrés. Esto puede hacerse en diversas formas. Con frecuencia, todo lo que se requiere es hacer una pausa y reflexionar en algo positivo, como un cumplido recibido, un recuerdo placentero o humorístico, o un atardecer. Estas clases de tiempos libres pueden dar a una persona un respiro momentáneo del estrés crónico. Muchos de los cuidadores de enfermos con SIDA se tomaban tiempo para recordar sucesos positivos o para planear algunos positivos, como llevar a sus parejas a dar paseos pintorescos. Otros trataron de crear sucesos positivos infundiendo significado positivo a los sucesos neutrales, tratando de capturar unos cuantos momentos de felicidad durante un instante por lo demás muy productor de estrés. Algunos de los cuidadores reportaron usar el humor para encontrar algún alivio positivo. Se ha pensado desde hace mucho que el humor puede ser un reductor de la tensión y que puede contribuir a la salud mental y física (Menninger, 1963). Folkman y Moskowitz señalan que el humor puede tener el beneficio adicional de generar momentos emocionales positivos aun durante los periodos de estrés más oscuros. De esta manera, el humor y las emociones positivas pueden proporcionar un respiro del estrés e incluso ayudar a formar y fortalecer los lazos sociales.

Este foco en las emociones positivas y su rol en la salud y la enfermedad es nuevo, y la investigación está aún en sus primeras etapas. Muchos de los primeros hallazgos son intrigantes, pero también plantean nuevas interrogantes para investigación. Por ejemplo, ¿diferentes clases de emociones positivas, como excitación, felicidad o satisfacción, desempeñan funciones diferentes en el proceso de estrés? ¿Las emociones positivas son más útiles para afrontar clases particulares de estrés? Por ejemplo, ¿las emociones positivas son más útiles en estrés crónico a largo plazo o en estrés agudo de duración más corta? Y, por último, son de particular interés para los psicólogos de la personalidad las interrogantes acerca de las diferencias entre personas en la capacidad de generar emociones positivas mientras se afronta el estrés (Affleck y Tennen, 1996). ¿Quiénes son las personas que pueden generar humor, por ejemplo, durante periodos de afrontamiento? ¿Pueden enseñársele a las personas estrategias diferentes para usar las emociones positivas para afrontar? ¿Rasgos de personalidad específicos, como la extroversión o el optimismo, se relacionan de manera única con estilos de afrontamiento de emociones positivas? Estas preguntas importantes señalan el camino para los investigadores de la personalidad del futuro, quienes emprenderán los estudios necesarios para entender por qué es que algunas personas se las arreglan para sobrevivir al desastre, las dificultades y el infortunio con algún grado de enfoque positivo.

Optimismo y bienestar físico

Muchos teóricos que usan los diversos constructos de optimismo han examinado la correlación entre esta diferencia individual y la salud física y el bienestar. Peterson y sus colegas revisaron con detalle la investigación sobre optimismo y salud (Peterson y Seligman, 1987; Peterson y Bossio, 1991). En resumen, el optimismo en general ha mostrado predecir la buena salud medida por autorreporte, las estimaciones de salud general hechas por los médicos de los participantes, el número de visitas al doctor, el tiempo de supervivencia después de ataques cardiacos, el funcionamiento del sistema inmunológico, una rehabilitación más rápida después de una cirugía por cáncer de mama y una vida más larga (Carver *et al.*, 1993; Scheier y Carver, 1992; Scheier *et al.*, 1999). Es más, se ha encontrado que el optimismo se correlaciona con diversos comportamientos de salud positivos, como hacer ejercicio con regularidad, evitar los alimentos grasosos, beber sólo con moderación o no hacerlo en absoluto, y responder a un resfriado con una acción apropiada (por ejemplo, descansar y tomar líquidos).

Al igual que varias investigaciones de la personalidad, las correlaciones típicas entre optimismo y salud o comportamientos de salud tienden a estar entre .20 y .30. Es más, debido a que esta investigación es correlativa, no se puede conocer en realidad los mecanismos causales implicados en el vínculo salud-optimismo. Por ejemplo, el optimismo puede relacionarse con una probabilidad menor de enfermarse, con presentar una enfermedad de una gravedad menor, con una recuperación más rápida o con una disminución en la probabilidad de recaída.

Un acercamiento detallado ¿Cómo promueve la salud el optimismo?

¿Es posible aprender a ser optimista y por consiguiente evitar los riesgos de salud asociados con el pesimismo? ¿El pesimismo es como el tabaquismo, una vez que lo superas, el riesgo de salud regresa pronto a niveles normales? El psicólogo Martin Seligman y sus colegas han empezado un programa para enseñar a los niños de escuelas primarias a ser optimistas. De acuerdo con su evaluación de este programa (Gillham *et al.*, 1995), los resultados parecen promisorios. Los niños en este estudio a los que se enseñó a ser más optimistas tendieron a tener menos episodios de depresión que aquellos que no recibieron entrenamiento en optimismo. Sin embargo, los participantes todavía están jóvenes, así que los efectos futuros quedan aún por ser investigados. Será interesante ver lo que les sucede a los optimistas entrenados conforme envejezcan. ¿Tendrán una mejor salud física que los niños a quienes no se les dio entrenamiento en optimismo?

Los psicólogos podrían ser capaces de enseñar habilidades específicas si supieran con exactitud qué hay en el optimismo que promueve una mejor salud. Los psicólogos han planteado teorías acerca de los posibles mecanismos que vinculan el optimismo con la salud. Es importante no ver estos mecanismos como hipótesis competidoras sino, más bien, con la visión de que dos o más de estos mecanismos pueden estar operando para producir una mejor salud entre los optimistas.

Un mecanismo es a través del sistema inmunológico. Seligman y sus colegas (Kamen-Siegel *et al.*, 1991), han mostrado que los sistemas inmunológicos de los optimistas responden mejor y con más fuerza a un desafío que los sistemas inmunológicos de los pesimistas. Otros investigadores han examinado cómo se relaciona el optimismo con la progresión del VIH. Aunque los resultados son variados, hay sugerencias en la literatura de que los optimistas tienen un tiempo de supervivencia más largo después del desarrollo de los síntomas de SIDA y que esto puede deberse a una función inmunológica más fuerte entre los optimistas (Peterson y Bossio, 2001).

Otra forma en que el optimismo puede relacionarse con una mejor salud es por medio de un mecanismo emocional. Hay una literatura muy amplia sobre la forma en que los optimistas son resistentes a la depresión. Otros estudios han vinculado la depresión con un aumento en el riesgo de enfermedad y una mala salud. Podría ser que el optimismo se relacione con la salud de manera indirecta, debido a que protege a las personas de la depresión y, por tanto, de los efectos debilitantes de la salud de esta condición emocional incómoda.

Otro mecanismo por el cual podría estar vinculado el optimismo con la salud es por medio de un proceso cognoscitivo. El optimismo puede relacionarse con un conjunto extenso de creencias acerca de uno mismo y el mundo, y estas creencias pueden promover, en parte, la salud o comportamientos saludables. Por ejemplo, Peterson y De Avila (1995) mostraron que el optimismo se relacionaba con la creencia que es posible mantener y promover su buena salud al igual que la creencia que uno puede reducir los riesgos de salud. Otros estudios han mostrado que los optimistas ven el mundo como menos lleno de molestias y por consiguiente sienten menos estrés que los pesimistas.

Otra vía por la que el optimismo puede influir en la salud es a través de un mecanismo que promueve el contacto social. Los pesimistas tienden a ser solitarios, y el aislamiento social es un pronosticador confiable de mala salud (Cobb, 1976) y la angustia general e insatisfacción con la vida (Diener, 1996). Los amigos y familiares de una persona pueden proporcionar la retroalimentación médica más inmediata cuando las cosas comienzan a estar mal. Por ejemplo, un amigo podría decir "Te ves estresado hoy" o un compañero de dormitorio podría comentar "Te has visto en verdad cansado en estos días. ¿Algo anda mal?" Si los pesimistas están aislados y evitan el contacto social, entonces pueden tener menos retroalimentación social y, por tanto, no tener esta fuente de información acerca de su estado de salud.

Una forma final y obvia en la que el optimismo y la salud podrían estar relacionados es por medio de un mecanismo conductual directo. El optimismo puede poner en movimiento ciertos comportamientos que llevan a beneficios para la salud. Por ejemplo, los optimistas presentan niveles más altos de afrontamiento enfocado en los problemas y niveles menores de evitación del afrontamiento, como no hacer caso de los problemas (Scheier, Weintraub y Carver, 1986). La respuesta a la forma en que se vinculan el optimismo y la salud podría ser tan simple como que los optimistas actúan de manera diferente y cuidan mejor de su salud que los pesimistas. O podría ser que los optimistas son mejores para afrontar y, así, experimentan menos estrés que los pesimistas. El comportamiento, tan sólo hacer más cosas correctas (por ejemplo, practicar ejercicio, dormir lo suficiente) y menos cosas incorrectas (por ejemplo, beber, tener sexo inseguro), puede demostrar ser el vínculo más importante en la conexión entre optimismo y salud.

Puede ver qué tan complicado podría ser el vínculo entre optimismo y salud. En vista de que la mayor parte de la investigación sobre este tema es correlacional, los psicólogos no pueden señalar con exactitud cuáles factores son responsables de la correlación. No obstante, los psicólogos especulan acerca de cuáles factores están detrás de esta asociación, y la investigación futura ayudará a determinar los componentes más efectivos del estilo de personalidad optimista que contribuyen a una mejor salud y a una vida más larga.

Como un ejemplo a profundidad de la investigación sobre optimismo y salud, veamos un estudio de Peterson y sus colegas (Peterson *et al.*, 1998). Este estudio examinó a más de 1 000 individuos a lo largo de un periodo de casi 50 años. Los investigadores encontraron que los participantes que obtuvieron puntuaciones en la dirección más pesimista tuvieron mayor probabilidad de morir más pronto que los participantes optimistas. Hallazgos similares, basados en una muestra mucho más pequeña, se mencionaron en el capítulo 12. Debido a que Peterson y sus colegas (1998) tuvieron una muestra grande, los investigadores pudieron observar varias causas de muerte para ver dónde diferían más los optimistas y los pesimistas. Los investigadores pensaban que las diferencias más grandes podrían estar en las muertes debidas a cáncer y enfermedad cardiaca, donde predijeron que los pesimistas tendrían más de estos problemas médicos letales. Sin embargo, esto no fue así. Los investigadores encontraron que la diferencia real entre los optimistas y los pesimistas, en función de las causas de muerte, fue en la frecuencia de accidentes y violentas; los pesimistas tuvieron más muertes accidentales y debidas a causas violentas, lo que dio como resultado una vida más corta, en promedio, que la de los optimistas. Este efecto fue en especial fuerte para los hombres en esta muestra.

Parece que los pesimistas, en especial los varones, tienen el hábito de estar en el lugar equivocado en el momento equivocado. Esta investigación no nos dice en realidad de manera específica qué estaban haciendo los participantes cuando murieron en forma accidental o violenta. Sin embargo, parece probable que estaban en la situación equivocada y, es más, es probable que los pesimistas, en especial los hombres, elijan con frecuencia estar en la situación equivocada. Una anécdota contada por Peterson y Bossio (2001) es sobre una persona que dice: "Me rompí la nariz en dos lugares", y alguien responde, "Bueno, yo me alejaría de esos dos lugares si fuera tú". Los pesimistas, al parecer, a menudo están en esos lugares equivocados.

Este resultado se ha replicado en fechas recientes, con el estilo explicativo pesimista correlacionándose con la frecuencia de ocurrencia de accidentes (Peterson *et al.*, 2001). El vínculo entre el pesimismo y una mayor probabilidad de accidentes pareció deberse a una preferencia por situaciones y actividades peligrosas en potencia de parte de los pesimistas. Quizá los pesimistas están motivados a escapar de sus estados de ánimo tétricos eligiendo situaciones y actividades excitantes pero arriesgadas.

Debido a sus beneficios obvios para la salud, el psicólogo Marty Seligman y sus colegas han intentado elaborar formas terapéuticas de incrementar el nivel de optimismo de las personas (2002; Seligman y Peterson, 2003). En particular, Seligman ha introducido un programa de "prevención del pesimismo" para usarlo en escuelas primarias, cuyos detalles pueden encontrarse en Weissberg, Kumpfer y Seligman (2003) al igual que en el sitio web del doctor Seligman en la Universidad de Pennsylvania. El programa enseña habilidades cognoscitivas y de solución de problemas sociales que se basan en principios optimistas. Se ha encontrado que el programa es efectivo para prevenir síntomas de depresión en estudiantes de secundaria de minorías de bajos ingresos (Cardemil, Reivich y Seligman, 2002) y en un estudio llevado a cabo en China continental (Yu y Seligman, 2002).

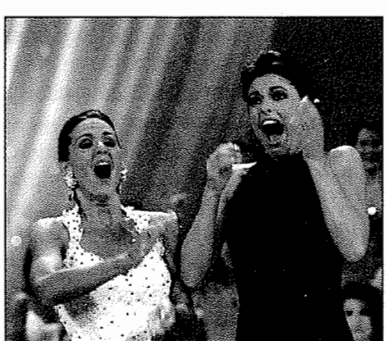
Manejo de las emociones

En ocasiones tenemos emociones, y a veces éstas nos tienen a nosotros. Las emociones, en especial las negativas, pueden ser difíciles de controlar. No obstante, podemos tratar de inhibir la expresión de emociones negativas, en particular bajo ciertas circunstancias. Imagine que su equipo escolar acaba de perder un campeonato importante, y usted está en verdad triste, angustiado y de un humor irritable, enojado con los árbitros y decepcionado de su equipo. Sin embargo, tiene un examen importante al día siguiente, así que debe inhibir sus emociones desagradables distractoras y concentrarse en estudiar. Puede pensar en ejemplos similares de **inhibición emocional**, como controlar su ansiedad u ocultar el hecho de que está decepcionado. Por ejemplo, ¿alguna vez ha recibido un regalo de alguien, y el regalo era algo que en reali-

dad no le gustaba? Pero usted tenía que suprimir su decepción y reemplazarla con algunas emociones positivas falsas, de modo que sonrió y dijo: "Muchas gracias; en verdad deseaba uno de éstos".

Todos tenemos que encubrir tales decepciones de vez en cuando. ¿Pero qué hay de las personas que suprimen sus emociones de manera rutinaria, que se quedan con todo adentro? ¿Cuáles son las consecuencias de inhibir en forma crónica las emociones de uno? Algunos teóricos sugieren que la inhibición emocional conduce a consecuencias indeseables. Por ejemplo, Sigmund Freud (véase el capítulo 9) creía que la mayor parte de los problemas psicológicos eran resultado de emociones y motivaciones negativas inhibidas. Es decir, la represión y los otros mecanismos de defensa son formas de prevenir que una emoción inaceptable salga a la superficie y sea experimentada y expresada en forma directa. Los primeros psicoanalistas vieron esta supresión de la emoción, la represión de los deseos o impulsos inaceptables al inconsciente, como la raíz de todos los problemas psicológicos. La terapia psicoanalítica, o la cura por la palabra, fue diseñada para llevar la emoción inconsciente a la conciencia, de modo que pudiera experimentarse y expresarse en una forma madura. Es más, la relación terapéutica se veía como un lugar para experimentar y expresar emociones que se habían inhibido desde hacía mucho. Hay otras terapias que podrían llamarse "terapias expresivas" debido a que su meta es lograr que la persona libere las emociones inhibidas.

Otros teóricos ven la inhibición emocional como algo más positivo. Desde una perspectiva del desarrollo, la capacidad para inhibir emociones se adquiere a una edad temprana, alrededor de los tres años de edad, y es vista como un logro importante en el desarrollo. Esto es cuando los niños, aunque estén tristes, son capaces de dejar de llorar o cuando están enojados y pueden controlarse a sí mismos para devolver un golpe (Kopp, 1989; Thompson, 1991). La capacidad para inhibir la emoción negativa se ve como una habilidad muy útil que se debe adquirir en la infancia. Los niños necesitan aprender a controlar sus arranques de mal humor, como el impulso de golpear a alguien que les quita un juguete. Todos hemos visto a adultos que no hacen un buen trabajo para controlar su decepción o frustración, y su comportamiento (por ejemplo, un berrinche de adulto) con frecuencia se ve como infantil. Sin embargo, algunas personas son muy buenas para inhibir sus emociones negativas, incluso emociones intensas. Como un ejemplo, quizá haya visto el concurso de Señorita Estados Unidos en televisión. Al final, los jueces reducen la competencia a dos mujeres meritorias. Y, mientras la cámara enfoca a ambas, se anuncia la ganadora. La mujer que *no* gana sonríe con gracia y luce feliz y emocionada por la ganadora. Uno se pregunta, sin embargo, si la perdedora está inhibiéndose para no exhibir las emociones que está sintiendo en realidad en ese momento. ¿En verdad está tan feliz porque ganó la otra mujer? ¿Está inhibiendo la expresión de su decepción y tristeza profundas por haber perdido?



¿Cuál mujer está feliz de manera genuina aquí? La mujer de la izquierda, Kelli Bradshaw, de Carolina del Norte, reacciona al escuchar su nombre como el segundo lugar en el Concurso Señorita Estados Unidos en 1998. Por implicación, la mujer de la derecha, Nicole Johnson, de Virginia, se da cuenta en forma simultánea que ella es la próxima Señorita Estados Unidos.

¿Qué saben los psicólogos investigadores acerca de los efectos de la emoción inhibida en forma crónica? De manera sorprendente, sólo han habido unos cuantos estudios bien hechos que abordan en forma directa esta cuestión. Por ejemplo, los psicólogos James Gross y Robert Levenson (1993, 1997; Gross, 2002) diseñaron estudios en los que se les pidió a algunos de los participantes que suprimieran la expresión de cualesquiera emociones que estuvieran sintiendo mientras observaban un video diseñado para evocar las emociones de felicidad (una rutina de comedia), luego tristeza (escenas del funeral de un niño, mostrando a una madre muy turbada y emocional). La mitad de los participantes fueron asignados al azar a la condición de supresión, en la que se les dijo: "Si tiene algún sentimiento mientras observa [el video], por favor trate de hacer su mejor esfuerzo para no permitir que se muestren esos sentimientos. En otras palabras, trate de comportarse en forma tal que una persona que lo observe no sepa que está sintiendo algo en absoluto". La otra mitad de los participantes fue asignada a una condición sin supresión, en la que tan sólo se les dijo que vieran el video y no se les dieron instrucciones para inhibir sus emociones.

Mientras los participantes veían los videos, los investigadores grabaron a los participantes, para determinar cuántos de los mismos expresaban sus emociones mientras observaban el video. Los investigadores recolectaron varias medidas fisiológicas, como las expuestas en el capítulo 6. También les pidieron a los participantes que reportaran sus sentimientos después de cada segmento de video.

Los resultados mostraron que los participantes que fueron instruidos para suprimir sus emociones mostraron un aumento en los niveles de excitación fisiológica, aun antes de que comenzara el video, comparados con los participantes que no las suprimieron. Esta excitación fisiológica extendida fue interpretada como indicadora de que los participantes se estaban preparando para el esfuerzo de suprimir sus emociones. Los participantes en la supresión también mostraron un aumento en la actividad fisiológica durante el video, lo que indicaba un aumento en la excitación del sistema nervioso simpático, comparado con los que no los suprimieron. Los investigadores sugirieron que la supresión de las emociones requiere esfuerzo y ejerce costos fisiológicos mucho más allá de la excitación emocional. Los participantes en la condición de supresión mostraron menos expresión *externa* de emoción que los participantes control, como podrá imaginar. Por ejemplo, las expresiones faciales de los participantes en supresión mostraron poca emoción, lo que sugiere que, de hecho, estaban inhibiendo la expresión externa de sus emociones, como se les instruyó. En cuanto al autorreporte, los participantes en supresión reportaron ligeramente menos diversión en la condición de diversión, pero no menos tristeza en la condición de tristeza, comparados con los participantes que no las suprimieron.

Los investigadores en este estudio sugieren que no es probable que ocultar las emociones de uno, en particular las negativas, influya en la forma en que uno siente en realidad. Es más, la inhibición de la emoción parece causar algún aumento en la excitación fisiológica, sobre todo en el sistema nervioso simpático, el sistema asociado con la respuesta de estrés de luchar o huir. Este estudio sugiere que, en un nivel fisiológico, la inhibición de la emoción se asocia con un patrón de excitación fisiológica que se parece mucho a la respuesta de estrés. En otras palabras, la inhibición de la emoción parece ocurrir con ciertos costos para el sistema nervioso.

Además de sus efectos en la excitación fisiológica, la supresión de las emociones también tiene otras consecuencias negativas. En una serie de estudios, Gross y John (2003) mostraron que la supresión de emociones negativas, lograda al ocultar los sentimientos de uno, también se asociaba con la disminución de las emociones positivas más adelante en el experimento. Es más, estos investigadores presentan un cuestionario para evaluar si alguien usa la supresión como un estilo habitual para afrontar las emociones negativas. Butler *et al.* (2003) también mostraron que las personas que suprimen sus emociones negativas tuvieron peores relaciones interpersonales, y niveles inferiores de bienestar, que las personas más expresivas. Afirman que, al no expresarse, los supresores trastornan lo que es una forma normal de comunicación. Esto tiene un efecto inhibidor en la formación de relaciones al igual que reduce la compenetración entre las personas.

En una interesante línea de investigación sobre la emoción, Gross y sus colegas (Ochsner *et al.*, 2002) intentaron ubicar el centro de control emocional en el cerebro. Usaron IRMf para examinar los cerebros de los participantes mientras intentaban reinterpretar una escena muy negativa desde un punto de vista carente de emoción. Encontraron que varias áreas cerebrales se asociaban con la regulación exitosa de las emociones negativas. Estas áreas estaban sobre todo en la corteza prefrontal del cerebro. Esta parte frontal del cerebro, la cual también estaba implicada en la planeación y el control ejecutivo, parece estar activa cuando las personas están controlando sus emociones. De manera interesante, ésta es el área que fue destruida en el caso de Phineas Gage, comentado en el capítulo 6. Recordará que el señor Gage, después de su accidente, tuvo dificultades para controlar sus emociones negativas, maldiciendo en público, enojándose con rapidez e insultando con frecuencia a las personas.

En ocasiones es necesario inhibir los sentimientos. Quizá no desea herir los sentimientos de alguien, tal vez no desea antagonizar con alguien en una posición de poder o quizá no

desea hacer enojar a otro que ya está actuando en forma agresiva (Larsen y Prizmic, 2004). Por ejemplo, su jefa puede estar molesta con usted por una razón equivocada, y usted puede sentirse enojado con ella. Sin embargo, no puede exteriorizar esa ira porque ella es su jefa y tiene mucho poder sobre usted en función de aumentos, carga de trabajo y condiciones laborales. Es bastante simple, hay algunas situaciones en la vida en que es sensato elegir ocultar los sentimientos.

Sin embargo, pueden surgir problemas cuando la inhibición emocional se vuelve crónica, cuando una persona oculta sus emociones de manera rutinaria. Alguien que inhibe en forma característica la expresión libre de la emoción puede sufrir los efectos de la excitación crónica del sistema nervioso simpático. Por ejemplo, Levy y sus colegas (1985) han mostrado que las personas que se reservan sus emociones negativas tienen más probabilidad que las personas expresivas de tener un índice de mortalidad más alto, una mayor probabilidad de recurrencia del cáncer después del tratamiento y una supresión del sistema inmunológico. Por ejemplo, los pacientes con cáncer que expresan sus emociones negativas, y que luchan en forma emocional con la enfermedad, en ocasiones viven más tiempo que los pacientes que aceptan su situación, inhiben sus emociones y aceptan en forma callada su tratamiento (Levy, 1990; Levy y Heiden, 1990).

La importancia de la expresión emocional fue ilustrada en un estudio realizado por Noller (1984) sobre la expresividad emocional en las relaciones románticas. Noller encontró que entre más expresaban las personas sus emociones a sus parejas, reportaban menos problemas en sus relaciones. Saber cómo siente el otro le permite adaptar su comportamiento en consecuencia. Si su pareja nunca expresa cómo se siente, entonces es difícil saber qué lo hace feliz o triste.

Otros estudios sugieren que la expresividad emocional es buena para nuestra salud psicológica y adaptación general. King y Emmons (1990) hicieron que los participantes llevaran registros diarios de cómo se sentían cada día por tres semanas consecutivas. Los participantes llenaron una medida de cuestionario de expresividad emocional. Los investigadores encontraron que la expresividad emocional se correlacionó con niveles más altos de felicidad a lo largo de las tres semanas, al igual que con niveles inferiores de ansiedad y culpa. Un estudio similar de Katz y Campbell (1994) encontró que la expresividad emocional se correlacionó con una mayor autoestima.

Revelación

El tema de la **revelación**, o hablarle a alguien acerca de algún aspecto de uno mismo, se relaciona con la expresividad emocional. Muchos teóricos han sugerido que guardarnos las cosas para nosotros mismos, no abrirnos a otras personas, puede ser una fuente de estrés y a final de cuentas conducir a angustia psicológica y enfermedad física. Estos teóricos han afirmado además que ser abierto con otros respecto de nuestros sentimientos puede ser curativo, que la terapia hablada puede funcionar en parte debido a que a través de ella descubrimos secretos y revelamos lo que nos hemos guardado para nosotros.

El psicólogo James Pennebaker ha sido pionero en la investigación de los efectos de la revelación. En un estudio típico, le pidió a los participantes que pensaran en un suceso perturbador o traumático que les hubiera sucedido, algo que no hubieran comentado con nadie. Les pidió que escribieran estos secretos. Las personas escribieron sobre muchos sucesos desagradables diferentes, como diversos momentos embarazosos, indiscreciones sexuales, comportamientos ilegales o inmorales, humillaciones, etc. Es interesante que *todos* los participantes hallaron pronto un secreto que habían estado guardando. Esto sugiere que es probable que todos tengamos algunos secretos.

Pennebaker afirma que *no* discutir los sucesos traumáticos, negativos o perturbadores puede conducir a problemas. Se requiere energía física, dice, para inhibir los pensamientos y sentimientos asociados con tales sucesos. En otras palabras, no es fácil guardarnos un secreto para nosotros mismos, y guardarse algo, en especial si es un trauma importante, es pertur-

bador y requiere mucha energía. Con el tiempo, este estrés se acumula y, como todo el estrés, puede aumentar la probabilidad de problemas relacionados con el estrés, como dificultad para dormir, irritabilidad, síntomas físicos (por ejemplo, dolores de estómago y de cabeza) e incluso enfermedades resultantes de una disminución del funcionamiento del sistema inmunológico. Contar el secreto, según Pennebaker, alivia este estrés. Confrontar el recuerdo traumático contándoselo a alguien o incluso escribiendo sobre él libera a la persona del trabajo de mantener el secreto.

Pennebaker y sus colegas han realizado muchos estudios sobre el tema de la revelación. En un estudio (Pennebaker y O'Heeron, 1984), se pusieron en contacto con participantes que habían perdido a un cónyuge en un accidente o por suicidio. Es claro que una pérdida tan repentina y completa de un ser querido por una muerte inesperada y traumática debe tener un impacto enorme en el cónyuge superviviente (recuerde que la muerte de un cónyuge fue el suceso de la vida más productor de estrés en la lista de Holmes y Rahe). Se les preguntó a los supervivientes cuánto discutieron la tragedia con amigos, familiares u otros profesionales que ofrecen ayuda, como un sacerdote, ministro o terapeuta. Los investigadores también hicieron una evaluación minuciosa de la salud de los participantes desde la muerte del cónyuge. Descubrieron que, entre más habían hablado los participantes sobre la tragedia con otros, era mejor su salud. En otras palabras, aquellos que se guardaron el trauma para sí mismos tendieron a padecer más problemas de salud que aquellos que revelaron sus sentimientos a otros.

En otro estudio sobre este tema (Pennebaker, 1990), los participantes fueron estudiantes universitarios asignados al azar a uno de dos grupos. A un grupo se le pidió que recordara y escribiera acerca de una experiencia que encontraran angustiante. Al otro grupo se le pidió que escribiera sobre un tema trivial, como qué desayunaban por lo normal. Los estudiantes escribieron sobre su tema asignado durante 15 minutos cada noche por cuatro noches consecutivas. Los participantes que escribieron sobre el suceso traumático reportaron sentir más angustia e incomodidad mientras escribían, y las medidas de presión sanguínea tomadas mientras escribían sugirieron que sentían más estrés que el grupo del tema trivial. Seis meses después, los participantes fueron contactados de nuevo y se obtuvo una historia de salud. Los estudiantes que habían escrito sobre un trauma durante aquellos cuatro días habían tenido menos enfermedades en los seis meses siguientes, comparados con los estudiantes que habían escrito sobre temas triviales. Es más, los expedientes de los estudiantes de los servicios de salud mostraron que los participantes que habían escrito sobre el trauma de hecho habían acudido con menos frecuencia al centro de salud del campus que los participantes que habían escrito sobre temas triviales. De manera interesante, el simple hecho de escribir sobre un suceso perturbador, aun si nadie lee lo escrito, puede tener un efecto benéfico en la salud.

En otro estudio de Pennebaker y sus colegas (Pennebaker, Colder y Sharp, 1990), los participantes estaban empezando la universidad. Por tres noches seguidas, se les pidió que escribieran sobre sus dificultades y sentimientos acerca de los desafíos de dejar a su familia y amigos en casa y empezar una vida independiente en la universidad. Otros participantes (el grupo control) escribieron sobre temas triviales. Luego se obtuvieron medidas de salud después de que los estudiantes habían estado en la universidad al menos durante un semestre: los estudiantes que habían escrito sobre sus sentimientos y problemas habían acudido menos veces al centro de salud estudiantil durante el semestre siguiente que aquellos que habían escrito sobre temas triviales.

Otros estudios muestran que las personas que mantienen como un secreto información desagradable sobre sí mismos tienen más probabilidad de desarrollar ansiedad o depresión que aquellos que se lo dicen a alguien (Larson y Chastain, 1990). Con frecuencia, los psicoterapeutas le pedirán a sus clientes, en especial a aquellos que han experimentado un trauma u otro suceso extremo, que hablen o escriban sobre ello. Algunos psicólogos incluso recomiendan llevar un diario de los sucesos en la vida de uno y cómo reacciona uno a esos sucesos. Dicha autorrevelación diaria nos ayuda a poner en perspectiva nuestros sentimientos y le da algún sentido a nuestra vida. El proceso ofrece perspicacia respecto a uno mismo y a los sucesos en la vida de uno.

Ejercicio

Trate de realizar una pequeña prueba experimental de la hipótesis de Pennebaker de que revelar secretos, incluso por escrito, se asocia con una mejor salud. Lleve un registro de su salud todos los días por dos semanas. Registre cada día si tiene dolor de estómago, dolor de cabeza, dolores musculares, garganta irritada o catarro. Después de este periodo de línea base de registrar su salud, trate de llevar un diario durante dos semanas, en el que describa todo el estrés que experimente cada día y reflexione acerca de cómo lo hacen sentir. Ponga atención a cualesquiera dificultades, estrés o incluso momentos embarazosos o engorrosos. Cuando hayan terminado las dos semanas, deje de llevar el diario y comience a registrar de nuevo su salud diaria. Aunque éste no es un experimento verdadero (usted es al mismo tiempo el sujeto y el experimentador, lo cual no sucede en los experimentos verdaderos), no obstante puede darse una idea de cómo se hace la investigación sobre este tema, y podría ver un incremento en su salud, como una función de llevar un diario.

¿Cómo funciona la revelación para promover una adaptación saludable? La primera teoría de Pennebaker del mecanismo se refiere al alivio que produce decir un secreto. En otras palabras, mantener dentro la información requiere esfuerzo y produce estrés, y revelar esa información elimina el esfuerzo y alivia el estrés (Niederhoffer y Pennebaker, 2002). Esta explicación dice en forma básica que la revelación reduce el costo de tener que inhibir esta información. En fechas más recientes, Pennebaker (2003a) ha planteado una segunda explicación de la forma en que la revelación promueve la adaptación. Esta explicación se refiere a la forma en que escribir sobre un suceso permite a una persona reinterpretar y reencuadrar el significado de dicho suceso. En otras palabras, una persona que escribe o habla sobre algo traumático pasado puede tratar de entender mejor ese suceso, puede buscar algún significado positivo (no hay mal que por bien no venga) y puede integrar ese suceso en su situación actual. Pueden estar ocurriendo ambos procesos, alivio de la inhibición y reinterpretación del suceso, y por tanto ambas explicaciones pueden ser correctas. De hecho, Pennebaker (2003b) ha especulado que esta combinación puede ser el ingrediente básico que subyace en la mayor parte de las formas de la terapia hablada exitosa.

En resumen, la investigación sobre revelación sugiere que guardarse los sucesos traumáticos, y los sentimientos sobre ellos, puede producir estrés. Expresar nuestras emociones en palabras puede generar, de hecho, algunos efectos reductores del estrés. Es más, parece que no importa cómo pongamos nuestros sentimientos en palabras, ya sea que platiquemos con un amigo o pariente en el que confiemos, acudamos con un psicoterapeuta atento, vayamos a confesarnos a una iglesia o tengamos una plática con nuestro ministro o rabino, hablemos con nuestro esposo o esposa, o escribamos un diario. Cualquiera que sea la forma que adopte, la revelación de sucesos traumáticos y nuestras reacciones a ellos es mucho mejor para nuestra salud que guardarnos todos para nosotros mismos.

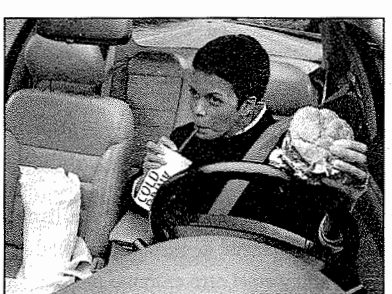
Personalidad tipo A y enfermedad cardiovascular

La enfermedad cardiovascular es una de las causas más frecuentes de muerte e incapacidad en Estados Unidos. Los profesionales de la salud han estado buscando los factores que ponen a las personas en riesgo de presentar esta enfermedad. Los factores de riesgo conocidos para desarrollar enfermedad cardiovascular incluyen presión sanguínea alta, obesidad, tabaquismo, historia familiar de enfermedad cardiaca, estilo de vida inactivo y colesterol alto. En la déca-

da de los setenta los médicos comenzaron a considerar un nuevo factor de riesgo, un rasgo de personalidad específico. Como se mencionó en el capítulo 13, esto se derivó de la observación que hicieron algunos médicos de que los pacientes que tenían ataques cardiacos con frecuencia se comportaban en forma diferente, y parecían tener personalidades distintas, en comparación con otros pacientes. Los sujetos con ataques cardiacos a menudo eran más competitivos y agresivos, más activos y vigorosos en sus acciones y al hablar, y más ambiciosos y directivos (Friedman y Rosenman, 1974). Llamaron a esta colección de comportamientos **personalidad tipo A**.

El capítulo 13 se centró en la dimensión de la personalidad tipo A y la emoción. Aquí nos enfocaremos en la personalidad tipo A y la salud. Antes de examinar algunos de los hallazgos de investigación sobre el tipo A, se verán algunas ideas falsas. Aunque es común que los investigadores hagan referencia a las personas tipo A y tipo B, no es cierto que las personas se ubiquen en estas dos categorías. Pocas variables son en verdad categóricas, en las que las personas caen en categorías distintas. El sexo biológico es un ejemplo de una variable categórica; el tipo de sangre es otro. Sin embargo, muy pocos rasgos de personalidad son categóricos. En cambio, la mayor parte son dimensionales, que van de un extremo a otro, y la mayoría de las personas caen en alguna parte alrededor de la mitad. La distinción tipo A/tipo B es como éstas; el tipo A define un extremo y el tipo B el otro, y una gran cantidad de personas en medio, quienes no son en forma clara ni A ni B. Por tanto, la variable de la personalidad tipo A es un rasgo, o disposición, como se expuso en el capítulo 3. Se distribuye en forma normal, como en la figura 18.4*a*, no como una variable categórica. Los psicólogos describen los rasgos que se distribuyen en forma normal con referencia a un extremo (por ejemplo, tipo A). Sin embargo, al describir las características de las personas en un extremo, por ejemplo, tipo A, se implica que las personas en el extremo inferior (las llamadas tipo B) tienen las características opuestas.

Otra idea falsa es que el tipo A es un solo rasgo; en realidad, el tipo A es un síndrome de varios rasgos. De manera más específica, es una colección de tres subrasgos, los cuales juntos forman la personalidad tipo A. Uno de estos tres subrasgos es la **motivación para el logro competitivo**. A las personas tipo A les gusta trabajar duro y lograr metas. Les gusta el reconocimiento, el poder y vencer obstáculos. Y sienten que están en plena forma cuando compiten con otros. Por ejemplo, una persona que se muestra en una competencia de carreras de bicicleta de caridad listo para la Tour de France está exhibiendo motivación para el logro competitivo. La **urgencia de tiempo** es el segundo subrasgo del patrón de comportamiento tipo A. Las personas tipo A odian perder el tiempo. Siempre tienen prisa y se sienten bajo presión para lograr hacer más en el menor tiempo posible. Con frecuencia, hacen dos cosas a la



Hacer dos actividades al mismo tiempo con frecuencia es un componente de la personalidad tipo A. La urgencia de tiempo, sin embargo, no es la parte del tipo A que se asocia más con la enfermedad cardiaca.

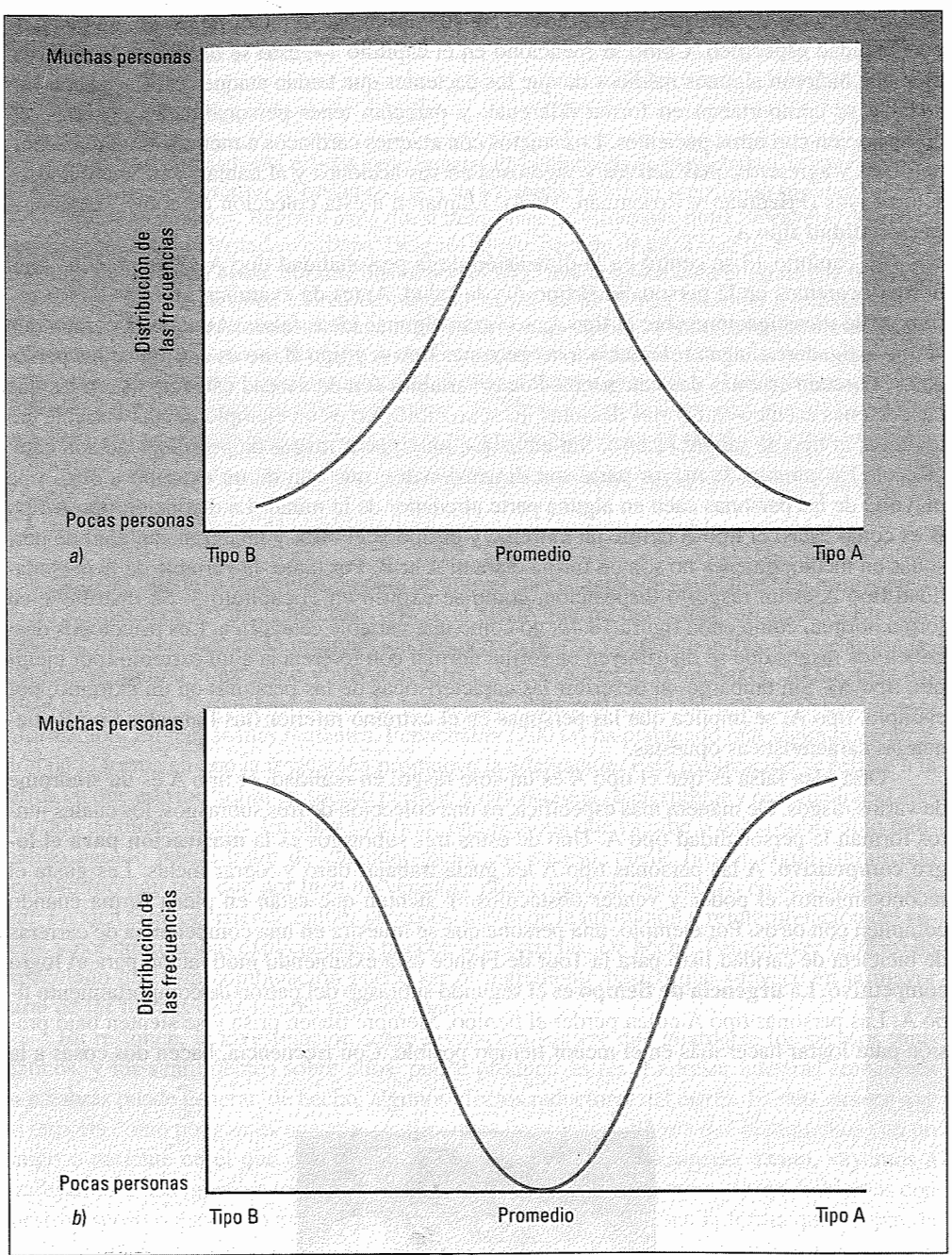


Figura 18.4

El tipo A y el tipo B en realidad no son tipos en absoluto y no se refieren a categorías de personas. Más bien, el *tipo A* se refiere a una distribución normal de personas, anclada en un extremo por personas que muestran comportamiento tipo A elevado y en el otro extremo por personas que muestran muy poco (*a*). La mayoría de las personas, sin embargo, están en el rango medio, o promedio. Esto sucede con casi todos los rasgos de personalidad. Un tipo verdadero, o variable categórica, se distribuiría como en (*b*), con la mayoría de las personas en un extremo o en otro y muy pocas personas en medio. Esto no sucede con la personalidad tipo A.

vez, como comer mientras leen un libro. Las luces rojas de los semáforos son sus enemigas y odian esperar en una fila para algo. El tercer subrasgo del tipo A es la **hostilidad**. Cuando son bloqueados de alcanzar sus metas, lo cual es la definición de **frustración**, las personas tipo A pueden ser hostiles y agresivas. Se frustran con facilidad, y esta frustración puede hacerlos actuar de una manera poco amistosa o incluso malévola. El tipo al que se le ve gritando y golpeando una máquina vendedora quizá está exhibiendo el componente hostil de su estilo de personalidad tipo A.

Los primeros estudios de la personalidad tipo A encontraron que era un factor de riesgo independiente para desarrollar enfermedad cardiovascular. Un factor de riesgo independiente opera en forma autónoma de otros factores de riesgo conocidos, como tener sobrepeso o fumar. Por tanto, ejemplificando, no es cierto que las personas tipo A necesariamente fumen más, y que su tabaquismo cause la enfermedad cardiaca. En cambio, la personalidad tipo A es independiente del tabaquismo, y alguien que es tipo A y fuma tiene un riesgo mayor de enfermedad cardiaca que alguien que sólo fuma o que sólo es tipo A. De hecho, un estudio encontró que la personalidad tipo A era un mejor pronosticador de la enfermedad cardiaca que la historia de tabaquismo de la persona o su nivel de colesterol (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1976), aunque el colesterol elevado y el tabaquismo también contribuyen en forma independiente a la enfermedad cardiaca.

Los médicos realizaron la mayor parte de los primeros estudios de la personalidad tipo A, y para medir esta variable de personalidad elaboraron una entrevista estructurada. Se hacían preguntas estándares, y el entrevistador anotaba las respuestas de los participantes y la forma en que reaccionaban a las preguntas. De hecho, el entrevistador estaba muy interesado en el comportamiento de los participantes. Por ejemplo, ¿cuál era el ritmo de su discurso? ¿Interrumpían con frecuencia al entrevistador o ponían palabras en boca del entrevistador? ¿No se estaban quietos durante la entrevista? ¿Hacían gestos frecuentes y vigorosos con sus manos y cabeza? En una parte de la entrevista, el entrevistador trataba de molestar a los participantes hablando muy despacio. Las personas tipo A se molestan en especial cuando otros hablan despacio, y los interrumpen, hablan fuera de turno o terminan los enunciados por las personas a fin de acelerarlas.

Conforme la investigación sobre la personalidad tipo A adquirió impulso en la década de los ochenta, los investigadores trataron de diseñar una medida más eficiente. Las entrevistas son lentas; sólo pueden medir a una persona a la vez y se requiere un entrevistador para medir a cada participante. En resumen, la entrevista es una manera relativamente costosa y consumidora de tiempo para medir cualquier variable de personalidad. Los cuestionarios son mucho más baratos porque por lo general son más rápidos, pueden aplicarse a grupos completos de participantes y una persona puede evaluar a 100 o más personas a la vez. Por tanto, los investigadores en esta área pusieron algún esfuerzo en la elaboración de una medida de cuestionario para la personalidad tipo A. Después, una de las medidas de cuestionario de la personalidad tipo A usadas en forma más amplia fue la Encuesta de actividad Jenkins. Ésta contiene preguntas que indagan en cada uno de los tres componentes del síndrome tipo A; por ejemplo, "Mi trabajo mejora conforme se acerca la fecha límite", "Me han dicho que como demasiado rápido" y "Disfruto de una buena competencia".

Los primeros investigadores que usaron la entrevista estructurada encontraron con frecuencia una relación entre la personalidad tipo A y el riesgo de ataque cardiaco y enfermedad cardiovascular. Las investigaciones posteriores, sobre todo usando el cuestionario Jenkins, muchas veces no pudieron replicar este hallazgo. Esto intrigó a los investigadores por varios años. Algunos se preguntaban si la personalidad tipo A era un factor de riesgo para los ataques cardiacos en un tiempo pero luego cambiaron las cosas de modo que ya no era un factor de riesgo. Otros psicólogos comenzaron a revisar con más detenimiento los estudios, buscando la razón por la que algunos encontraban una relación pero otros no. Pronto surgió el patrón de que los estudios que usaban la medida de cuestionario tenían menos probabilidad de encontrar una relación entre el tipo A y la enfermedad cardiaca que los estudios que usaban la entrevista estructurada (Suls y Wan, 1989; Suls, Wan y Costa, 1996). Los investigadores han

concluido que la medida de cuestionario explora aspectos diferentes del comportamiento tipo A que las medidas de entrevista estructurada. Al parecer, la entrevista estructurada obtiene más del componente letal del tipo A. ¿Pero qué parte del patrón de comportamiento tipo A es el más letal, la parte que se relaciona más con la enfermedad cardiaca?

Hostilidad: el componente letal del patrón de comportamiento tipo A

Recordará que la personalidad tipo A en realidad es un síndrome, una colección de tres subrasgos, los cuales con frecuencia, pero no siempre, ocurren juntos en las mismas personas. Por ejemplo, una persona podría tener urgencia de tiempo y un motivo para el logro alto, pero no tener el componente de hostilidad. Cuando los médicos elaboraron las medidas de entrevista del tipo A, tendieron a enfatizar la evaluación de la hostilidad y la agresión. Por ejemplo, evaluaban si los participantes se frustraban cuando los médicos hablaban despacio, si maldecían durante la entrevista o si hacían gestos en forma activa o golpeaban la mesa. Más tarde, cuando se elaboraron medidas de cuestionario, se puso más que un énfasis en los componentes de urgencia de tiempo y logro. Por ejemplo, ¿los participantes decían que siempre tenían prisa, que trabajaban mejor cuando se acercaban las fechas límite o que lograban más que sus compañeros?

Conforme los investigadores comenzaron a usar cada vez más los cuestionarios (debido a que eran más rápidos, más fáciles y más baratos de administrar que las entrevistas), empezó a acumularse evidencia que mostraba que la personalidad tipo A general no predecía la enfermedad cardiaca. Entonces los investigadores compararon las entrevistas con los cuestionarios y aprendieron que el método de entrevista exploraba más el componente de hostilidad que el método de cuestionario. Así, los investigadores comenzaron a probar la hipótesis de que en realidad era el rasgo más específico de la hostilidad, más que el síndrome de personalidad tipo A general, el que era el mejor pronosticador de la enfermedad cardiaca.

¿A qué se refieren los investigadores con el rasgo de hostilidad? Las personas con hostilidad elevada no necesariamente son violentas o agresivas en forma externa. Ni siquiera es necesario que sean asertivas o demandantes con los demás. En cambio, es probable que estas personas reaccionen en forma desagradable ante las decepciones, frustraciones e inconvenientes. La frustración puede entenderse como el sentimiento subjetivo que viene cuando es bloqueado de una meta importante. Por ejemplo, desea una bebida fría de la máquina vendedora y ésta toma su dinero pero no le entrega la bebida que solicitó. Esto es frustrante. Una persona hostil reacciona a tales frustraciones con comportamiento desagradable, atacando a la máquina o maldiciendo y pateando el bote de basura mientras se aleja enfadado. Las personas hostiles se irritan con facilidad, incluso por frustraciones pequeñas, como cuando extravían las llaves de su automóvil o tienen que esperar en una fila en la tienda de abarrotes. En tales situaciones, las personas hostiles pueden molestarse en forma visible, en ocasiones incluso siendo rudas y poco cooperativas o incluso antagonistas.

Varios estudios han establecido ahora que la hostilidad pronostica en forma importante la enfermedad cardiovascular (Dembrowski y Costa, 1987; Helmers, Posluszny y Krantz, 1994; Smith, 1992; Wiebe y Smith, 1997). De hecho, los psicólogos Dembrowski y Costa han demostrado que incluso una medida de cuestionario del rasgo específico de hostilidad pronostica mejor la enfermedad arterial que las medidas de cuestionario del tipo A. Estudios recientes también han mostrado que la hostilidad se asocia con inflamación sistémica, como lo indican los conteos elevados de **leucocitos** en la sangre, también conocido como conteos de glóbulos blancos (Surtees *et al.*, 2003). Los médicos saben desde hace mucho que la inflamación crónica se relaciona con riesgo de enfermedad coronaria, y, por tanto, han recomendado que las personas en riesgo tomen una aspirina al día, porque la aspirina reduce la inflamación. Sin embargo, el estudio de Surtees *et al.* (2003) es el primero en establecer un vínculo directo entre la hostilidad y el conteo elevado de glóbulos blancos. La correlación con la hostili-

Ejercicio

A lo largo de este capítulo, debería poder hacer conexiones entre los modelos cubiertos en el principio y el material del resto del capítulo. Por ejemplo, el trabajo sobre valoraciones y estilo de atribución es un ejemplo del modelo transaccional de personalidad y salud porque este trabajo enfatiza la forma en que la persona influye en la situación al interpretarla o valorarla en ciertas formas. En este recuadro, se examinará el tipo A y algunos ejemplos de la manera en que se ha considerado en las formas sugeridas por los modelos diferentes.

Los primeros trabajos sobre el tipo A concibieron este estilo de personalidad como un patrón específico de acción y emoción que ocurría en respuesta a sucesos específicos (por ejemplo, frustración; Glass, 1977). Esta concepción corresponde con el modelo interactivo porque asume que el tipo A representa un estilo de respuesta o afrontamiento de amenazas y desafíos en el ambiente, y muchos investigadores encontraron útil este modelo. Por ejemplo, Glass (1977) mostró que las personas tipo A son sensibles a la pérdida de control y que la afrontan ejerciendo intentos vigorosos por recuperar el control. La interacción entre una categoría de sucesos (es decir, pérdida de control) y salud es moderada por el estilo de afrontamiento de la persona tipo A.

En la mayor parte de la investigación sobre el tipo A aplica el modelo transaccional. En esta perspectiva, se ve que las personas tipo A crean factores productores de estrés más graves, más frecuentes o más duraderos en su vida por un patrón particular de pensamiento y acción, el cual evoca tales factores productores de estrés (Smith, 1989). El poder del modelo transaccional es guiar a los investigadores a buscar influencias recíprocas del comportamiento y forma de pensar de la persona tipo A respecto a los sucesos en su vida. Por ejemplo, ¿cómo perciben las personas tipo A ciertas situaciones, las cuales a su vez los conducen a mostrar respuestas cardiovasculares más grandes? Se sabe que las personas tipo A con frecuencia interpretan los sucesos cotidianos como competencias (Smith, 1989) y, por tanto, responden en forma competitiva.

El modelo del comportamiento de salud también se ha aplicado en la investigación del tipo A. La investigación con este modelo observa las clases de comportamientos de salud que la persona tipo A tiene más o menos probabilidad de presentar, comparada con las personas bajas en tipo A. Recordará el estudio que encontró que, entre los hombres que habían tenido un ataque cardiaco, aquellos que eran tipo A tuvieron más probabilidad de sobrevivir, en especial después de un seguimiento a largo plazo (Ragland y Brand, 1988). Los investigadores encontraron que la persona tipo A se sumerge en el problema de volver a estar en forma con el celo, urgencia y competitividad que usan para emprender otras actividades en su vida. Por tanto, es más probable que una persona tipo A siga un programa de ejercicios, se apegue a él por más tiempo, modifique su dieta y en general siga sus nuevos programas de comportamiento de salud con más vigor y entusiasmo que alguien bajo en tipo A.

También se ha aplicado el modelo de la predisposición al comportamiento tipo A. Se piensa que estas personas están dispuestas a respuestas cardiovasculares más grandes al estrés que las bajas en tipo A. Puede resultar que una base genética sea responsable de hacer que algunas personas estén predispuestas a dichas respuestas cardiovasculares y predispuestas a desarrollar la personalidad dura, competitiva y hostil que caracteriza a la persona tipo A (Wiebe y Smith, 1997).

Por último, el modelo del comportamiento de enfermedad también se ha aplicado a la personalidad tipo A. Larsen y Kasimatis (1991) han mostrado que las personas tipo A tienen menos probabilidad de quejarse de diversos síntomas, incluyendo resfriados, dolores musculares y otros padecimientos físicos cotidianos menores. Plantean la hipótesis de que el tipo A puede relacionarse con la enfermedad debido a que la persona tipo A puede no notar o comunicar síntomas menores y, por tanto, no emprender acciones para recuperarse de las enfermedades.

Al usar los diferentes modelos para pensar acerca de cómo se relacionan la personalidad y la salud entre sí, los investigadores desarrollan ideas acerca de cuáles variables son importantes y cómo se influyen entre sí de manera específica. Los modelos en sí no son mutuamente excluyentes. Es decir, todos pueden ser correctos, en el sentido de llevar a los investigadores a encontrar múltiples conexiones y vías entre la enfermedad y la personalidad.

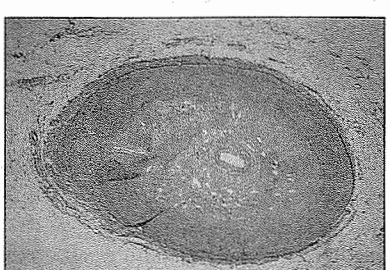
dad, aunque no es grande, fue significativa desde el punto de vista estadístico y permaneció así incluso después de explicar los factores de riesgo conocidos para la inflamación crónica, como la edad, el sexo, la historia de tabaquismo y la ingestión de alcohol. La inflamación crónica puede ser el camino por el que la hostilidad se vincula con el punto extremo de la salud de la enfermedad cardiovascular.

Las buenas noticias acerca de esta investigación es que no todo respecto de ser tipo A es malo para el corazón y las arterias. Dado que la hostilidad al parecer es el componente letal, ¿podemos imaginar una versión "sana" de la personalidad tipo A? Parece correcto luchar por el éxito y el logro, pero no ser hostil y agresivo en el camino. Es correcto esforzarse por alcanzar metas e incluso ser un adicto al trabajo, pero no se frustran por los reveses inevitables que encuentran en la vida diaria. Es correcto tener prisa y luchar por hacer lo más posible, pero no frustrarse y enojarse cuando no se puede lograr todo. Y es correcto disfrutar de una competencia, en tanto sea amigable, no hostil. Y en ocasiones puede ser una buena terapia formarse en la línea más larga y lenta en la tienda y tan sólo tratar de relajarse, tomarlo con calma y no sentirse hostil o enojado en tales situaciones (Wright, 1988).

Parece que incluso puede haber algunos beneficios al ser una persona tipo A no hostil. En un estudio longitudinal de hombres, los investigadores descubrieron que, como se esperaba, los hombres tipo A tuvieron más ataques cardiacos que los hombres tipo B. Sin embargo, después de un ataque cardiaco, los hombres tipo A tuvieron más probabilidad de sobrevivir y de recuperarse con éxito que los hombres tipo B (Ragland y Brand, 1988). Parece que ciertos componentes del síndrome tipo A, como el esfuerzo y la motivación para el logro, ayudan a la persona tipo A a desarrollar y mantener después del ataque cardiaco un régimen saludable de recuperación y ejercicio.

Cómo son dañadas las arterias por el comportamiento tipo A hostil

¿Cómo el comportamiento tipo A, en particular el componente de hostilidad, produce efectos tóxicos en el corazón y las arterias? Los sentimientos intensos de hostilidad y agresión producen la respuesta de pelear o huir. Parte de esta respuesta es un aumento en la presión sanguínea, acompañado por una constricción de las arterias, además de un aumento en el ritmo cardiaco y en la cantidad de sangre bombeada con cada latido. En resumen, de pronto el cuerpo de la persona bombea más sangre a través de arterias más pequeñas. Estos cambios



Un corte transversal de una arteria coronaria humana, la arteria que alimenta al músculo cardiaco en sí, que muestra arteriosclerosis extrema. Aquí el diámetro de la arteria se ha reducido en forma impresionante por la acumulación de placa en el interior de la pared arterial.

pueden producir desgaste del recubrimiento interno de las arterias, causando desgarres y abrasiones microscópicos. Estas abrasiones pueden volverse luego sitios en los que se adhieren el colesterol y la grasa. Además de este desgaste mecánico en las paredes arteriales, las hormonas del estrés liberadas en la sangre durante la respuesta de pelear o huir también pueden conducir a un daño en las arterias y a la acumulación subsiguiente de depósitos de grasa en las paredes arteriales. Conforme se acumulan moléculas de grasa en el interior de las arterias, éstas se vuelven cada vez más estrechas. Esto se llama **arteriosclerosis**, o endurecimiento o bloqueo de las arterias. Cuando se bloquean las arterias que alimentan al músculo cardiaco mismo, entonces la escasez subsiguiente de sangre en el corazón se llama ataque cardiaco.

En resumen, la investigación sobre la personalidad tipo A ha tomado algunos giros interesantes. Todo comenzó con un par de cardiólogos que notaron ciertas diferencias de personalidad entre los pacientes con ataque cardiaco y otros pacientes médicos. Esto los llevó a definir que la personalidad tipo A consistía en tres características: motivación al logro competitivo, urgencia de tiempo y hostilidad. Después de varias décadas de investigación, los psicólogos han encontrado que la hostilidad es el componente más tóxico de la personalidad tipo A, y la mayor parte de la investigación sobre enfermedad cardiovascular y personalidad en la actualidad se enfoca en ese rasgo específico. Entender cómo se desarrolla y se mantiene la hostilidad, cómo daña con exactitud a las arterias, cómo es evocada por situaciones específicas y cómo puede superarse o manejarse son todas cuestiones importantes para los futuros investigadores de la personalidad.

RESUMEN Y EVALUACIÓN

Este capítulo se centró en la parte de la psicología de la personalidad relacionada con la adaptación física y la salud. Comenzó con varios modelos del vínculo entre la personalidad y la enfermedad. Luego examinó el concepto de estrés como la reacción subjetiva a sucesos extremos, los cuales con frecuencia implican sentimientos conflictivos, y sobre los que uno tiene poco o ningún control. La respuesta de estrés se da en cuatro variedades distintas: agudo, agudo episódico, crónico y traumático. El estrés traumático puede evolucionar en un trastorno, llamado trastorno de estrés postraumático, en el que las personas experimentan pesadillas o escenas retrospectivas, tienen dificultades para dormir y otros problemas somáticos, y sentimientos de estar separados de la realidad o alejados de otras personas. Es importante darse cuenta de que el estrés no está en el suceso sino, más bien, en la forma en que uno lo valora. La valoración primaria se refiere a una evaluación de cuán amenazador es el suceso con respecto a las metas y deseos de una persona. La valoración secundaria se refiere a una evaluación de los propios recursos de la persona para hacer frente al desafío del suceso amenazador. Ambas valoraciones son importantes para entender cómo los sucesos llegan a producir la respuesta de estrés. La investigación está explorando el rol de las emociones positivas en el afrontamiento del estrés crónico.

Mucho del trabajo sobre la personalidad y el estrés comenzó con un foco en los sucesos importantes en la vida, como perder a un ser querido o ser despedido del empleo. Aunque serios, tales sucesos son relativamente raros. Son más insidiosas las vicisitudes cotidianas, las frustraciones y decepciones relativamente menores pero frecuentes de la vida diaria. Los investigadores del estrés han comenzado a enfocarse en estos factores productores de estrés diarios en función de su impacto en la salud.

Los psicólogos de la personalidad han estado interesados en comprender por qué algunas personas parecen más resistentes al estrés que otras. Es decir, ciertos sujetos parecen tomar la frustración y la decepción sin inmutarse y no padecen las consecuencias perjudiciales para la salud que a menudo se asocian con el estrés crónico. Una dimensión de la personalidad en cuanto a esto es el optimismo, el cual tiene una abundancia de hallazgos asociándolo

con la resistencia al estrés, la buena salud, el funcionamiento inmunológico competente y una mayor esperanza de vida. Los psicólogos están elaborando programas en las escuelas primarias para entrenar a las personas para que sean más optimistas. Algunas características de personalidad relacionadas que se asocian con un mejor pronóstico de salud en general son la expresividad emocional y la revelación personal.

Este capítulo también se centró en una enfermedad específica, el padecimiento cardiovascular, una de las enfermedades graves más comunes en Estados Unidos. El capítulo cubrió la historia de la búsqueda de una dimensión de la personalidad que podría ser un factor de riesgo para desarrollar una enfermedad cardiaca. La personalidad tipo A proporciona un ejemplo interesante de la investigación progresiva, en la que los hallazgos se refinan en forma gradual hasta que el campo está cada vez más seguro acerca de un efecto. En el caso de la personalidad tipo A, la mayoría de los investigadores están de acuerdo ahora en que el componente de hostilidad se asocia más con la tendencia a desarrollar una enfermedad cardiaca. Por suerte, las personas pueden ser adictas al trabajo, pueden ser competitivas y esforzarse por hacer cada vez más en menos tiempo, en tanto no tengan la parte hostil del síndrome tipo A.

TÉRMINOS CLAVE

Psicología de la salud 568
Estrés 569
Modelo interactivo 569
Modelo transaccional 569
Modelo del comportamiento de salud 571
Modelo de la predisposición 571
Modelo del comportamiento de enfermedad 572
Factores productores de estrés 574
Síndrome de adaptación general (SAG) 574
Etapa de alarma 574
Etapa de resistencia 574
Etapa de agotamiento 574
Sucesos importantes en la vida 575
Vicisitudes cotidianas 578
Estrés agudo 579
Estrés agudo episódico 579
Estrés traumático 579
Trastorno de estrés postraumático (TEPT) 579
Estrés crónico 580
Efectos aditivos 580
Valoración primaria 580
Valoración secundaria 580
Optimismo disposicional 582
Autoeficacia 582
Prejuicio optimista 583
Revaloración positiva 584
Afrontamiento enfocado en el problema 584
Creación de sucesos positivos 585
Inhibición emocional 587
Revelación 590
Personalidad tipo A 593
Motivación para el logro competitivo 593
Urgencia de tiempo 593
Hostilidad 595
Frustración 595
Leucocitos 596
Arteriosclerosis 599

Trastornos de personalidad

19

Los cimientos de los trastornos de personalidad

El concepto de trastorno

- ¿Qué es anormal?
- ¿Qué es un trastorno de personalidad?

Trastornos de personalidad específicos

- El núcleo errático: formas de ser imprevisibles, violentos o emocionales
- El núcleo excéntrico: formas de ser diferentes
- El núcleo ansioso: formas de ser nerviosos, temerosos o angustiados

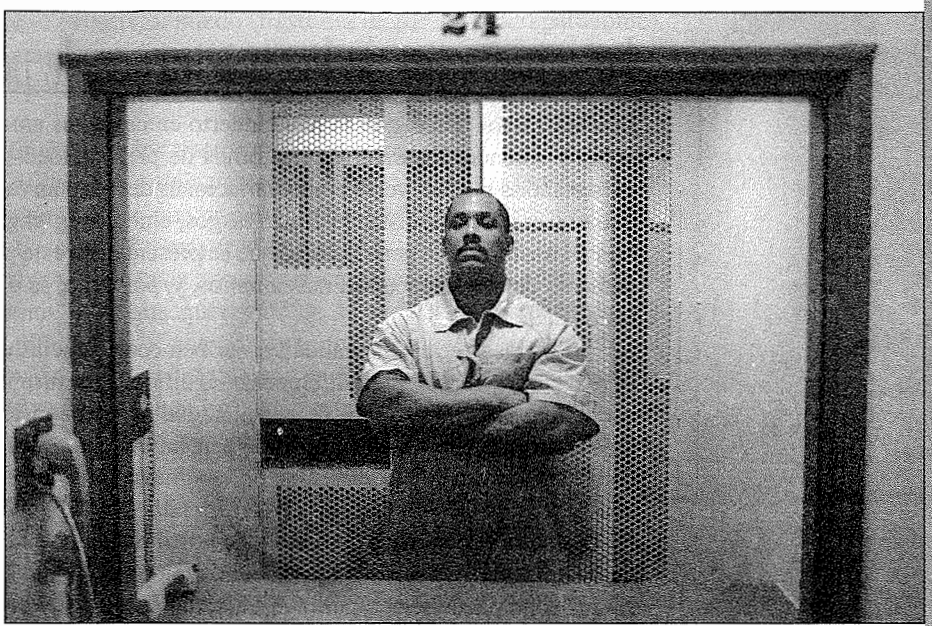
Prevalencia de los trastornos de personalidad

Modelo dimensional de los trastornos de personalidad

Etiología de los trastornos de personalidad

Resumen y evaluación

Términos clave



Kody Scott, también conocido como "Monstruo", en la prisión de Pelican Bay en 1993, fotografiado a través de plexiglás. Su autobiografía, la cual escribió mientras estaba en confinamiento solitario, proporciona un relato de la vida real de la mente de una persona con trastorno de personalidad antisocial.

Kody Scott creció en South Central, Los Ángeles. Cuando tenía 12 años de edad, fue iniciado en la pandilla callejera de los Eight-Tray Gangster CRIPS. Le disparó a su primera víctima la noche que fue iniciado. Se ganó el apodo de "Monstruo" por las palizas en particular violentas que infligía a las personas. Por ejemplo, cuando era un adolescente, Kody golpeó en forma grave a una víctima que se resistió mientras intentaba atracarla. Kody la golpeó más allá de lo necesario para someterla. De hecho, Kody parecía disfrutar herir a otras personas.

El padre biológico de Kody era un jugador de futbol profesional, con quien su madre había tenido un breve amorío. Ella tenía un matrimonio inestable y violento con el padrastro de Kody, quien dejó la casa en definitiva cuando éste tenía seis años de edad. La madre de Kody crió a sus seis hijos en una casa de dos habitaciones en un barrio infestado de pandillas.

Kody era un muchacho inteligente y musculoso, quien disfrutaba de emociones y excitación. Él pudo haberse vuelto un atleta profesional, o podría haber tenido éxito en una carrera que implicara aventura y gran actividad, como policía, soldado o quizá incluso astronauta. En cambio, Kody creció para volverse "Monstruo", un individuo violento que no temía nada, no tenía sentimientos de culpa o remordimiento y anhelaba emoción.

Kody Scott fue uno de los más notorios miembros de pandilla en South Central, Los Ángeles. Durante la primera parte de su vida, aspiraba ser el miembro más temido de los CRIPS. Para lograr esta meta, Kody mató a mucha gente y causó dolor y sufrimiento a incontables otros. Salir en misiones de la pandilla y mutilar o matar a miembros de pandillas rivales le daba a Kody la emoción y excitación que ansiaba. Fue enviado a prisión en 1993 para cumplir una sentencia de siete años por dispararle a un distribuidor de drogas en las rodillas. En prisión, lo clasificaron como una amenaza máxima para la seguridad y fue albergado lejos de los otros presos. Escribió su autobiografía, *Monster: The autobiography of an L.A. Gang Member*, mientras estaba en confinamiento solitario en la prisión de San Quintín (1994).

Los cimientos de los trastornos de personalidad

Muchos de los temas que se han cubierto en capítulos anteriores se unen para ayudar a describir y entender los diversos trastornos de personalidad. Los síntomas de los trastornos de personalidad pueden verse como variaciones desadaptativas dentro de varios de los dominios que se han cubierto. Éstas incluyen rasgos, emociones, cogniciones, motivos y autoconcepto. Los 10 trastornos de personalidad que se presentan en este capítulo se construyen sobre el fundamento de estos conceptos más amplios, y, por tanto, se discutirá en forma breve la relevancia de cada uno.

Los rasgos de personalidad describen consistencias en el comportamiento, pensamiento o acción, y representan diferencias significativas entre las personas, como se describió en el capítulo 3. Los trastornos de personalidad pueden considerarse como variaciones desadaptativas o combinaciones de rasgos de personalidad normales. Widiger y sus colegas describen cómo cualquiera de los extremos en las dimensiones de rasgos específicos puede asociarse con trastornos de personalidad (Widiger *et al.*, 2002a, b). Por ejemplo, una persona con niveles de confianza bajos en extremo y de hostilidad altos en extremo puede estar predispuesta a un trastorno de personalidad paranoide. Una persona muy baja en sociabilidad pero muy alta en ansiedad puede ser propensa al trastorno de personalidad evitativa. Un sujeto con la combinación opuesta, alta en extremo en sociabilidad y baja en ansiedad, podría ser propensa al trastorno de personalidad histriónica. Como tal, el concepto de rasgos, como el modelo de los cinco factores de los rasgos, puede ser útil en especial para describir los trastornos de personalidad (Trull y McCrae, 2002).

La motivación es otro cimiento básico de la personalidad que es importante para entender los trastornos de ésta. Los motivos describen lo que una persona quiere y por qué se comporta en formas particulares. En el dominio intrapsíquico, capítulos 9 a 11, se expusieron varias clases de motivos diferentes, que van desde la base sexual y agresiva de la teoría de Freud hasta la investigación moderna sobre la necesidad de intimidad, logro y poder. Un tema común en varios trastornos de personalidad se refiere a las variaciones desadaptativas de estos motivos comunes, en especial el poder y la intimidad. Una variación importante se refiere a una falta extrema de motivación para la intimidad, la cual se ve en ciertos trastornos de personalidad. Otro tema es una necesidad exagerada de poder sobre otros la cual, en un nivel alto en extremo, puede producir un trastorno de personalidad desadaptativa. Otros motivos también pueden estar implicados en los trastornos de personalidad, como la necesidad extrema de ser superior y recibir el elogio de otros que se encuentra en el trastorno de personalidad narcisista. El trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva puede verse como una motivación alta en extremo para el orden y una devoción por el detalle.

La cognición también proporciona un fundamento para entender los trastornos de personalidad. Como se cubrió en el capítulo 12, la cognición consiste en la actividad mental involucrada en la percepción, interpretación y planeación. Estos procesos pueden distorsionarse en los trastornos de personalidad. Algunos trastornos implican malas interpretaciones rutinarias y consistentes de las intenciones de otros. Los trastornos de personalidad de manera típica implican un deterioro del juicio social, como cuando el paranoide piensa que otros están afuera para atraparlo, o cuando la persona histriónica piensa que a otros en realidad les gusta estar con ella. La persona con un trastorno de personalidad limítrofe puede interpretar mal los comentarios inocentes como signos de abandono, crítica o rechazo. En varias formas, cada uno de los trastornos de personalidad implica alguna distorsión en la percepción de las otras personas además de cognición social alterada.

La emoción es otra área importante para entender los trastornos de personalidad. En el capítulo 13 se expuso el rango normal de las diferencias individuales en la emoción. Con varios trastornos de personalidad hay una variación extrema en las emociones experimentadas. Algunos trastornos implican volatilidad extrema en las emociones (por ejemplo, limítrofe) mientras otros trastornos implican extremos de emociones específicas, como la

ansiedad (trastorno de personalidad evitativa), miedo (trastorno de personalidad paranoide) o ira (trastorno de personalidad narcisista). Como tales, la mayoría de los trastornos de personalidad tienen un núcleo emocional que es un componente importante para entender ese trastorno.

El autoconcepto es otro cimiento en los trastornos de personalidad. Como se describió en el capítulo 14, el autoconcepto es la propia colección de autoconocimiento de la persona, el entendimiento de uno mismo. En la mayor parte de los trastornos de personalidad, hay alguna distorsión en el autoconcepto. La mayoría de nosotros somos capaces de construir y mantener una imagen estable y realista de nosotros mismos; conocemos nuestras opiniones, sabemos lo que valoramos y lo que queremos de la vida. Con muchos de los trastornos, hay una falta de estabilidad en el autoconcepto, de tal manera que la persona puede sentir que no tiene "núcleo" o que tiene problemas para tomar decisiones, o que necesitan ser reconfortados en forma constante por otros. La autoestima también es una parte importante del ser, y algunos trastornos se asocian con niveles de autoestima altos en extremo (por ejemplo, narcisismo) o bajos en extremo (por ejemplo, trastorno de personalidad dependiente). El ser proporciona una perspectiva importante para entender los trastornos de personalidad.

Las relaciones sociales, en especial las interpersonales y el comportamiento sexual, con frecuencia son alterados o manifiestan patrones desadaptativos en los trastornos de personalidad. Así, el material que se cubrió en el dominio social y cultural, capítulos 15 a 17, es importante para entender y describir los trastornos de personalidad. Por ejemplo, una relación íntima exitosa en lo sexual con otra persona implica saber cuándo es apropiado y esperado el comportamiento sexual y cuándo es inapropiado e indeseado. Los problemas con la intimidad, ya sea permanecer muy distante de otros o volverse muy íntimo con demasiada rapidez, son aspectos frecuentes de varios trastornos de personalidad. Un elemento importante de la habilidad interpersonal incluye la empatía, saber cómo está sintiendo la otra persona. La mayor parte de los trastornos de personalidad implican un déficit en la empatía, como que la persona con el trastorno malinterpreta a otros o no se preocupa por los sentimientos de los demás. Muchos trastornos incluyen lo que podría llamarse habilidades sociales deficientes, como la persona esquizoide que mira fijamente a la gente sin empezar una conversación, o la histriónica que se comporta en una manera de coqueteo impropia.

La biología puede también formar los cimientos de varios de los trastornos de personalidad. Como tal, el material cubierto en el dominio biológico, capítulos 6 a 8, es relevante. Se ha encontrado que algunos de los trastornos de personalidad tienen un componente genético. Otros se han estudiado con componentes fisiológicos, como examinar el funcionamiento del cerebro de las personas antisociales. Incluso se ha propuesto una teoría evolutiva para explicar la existencia de los trastornos de personalidad (Millon, 2000a).

La mayor parte de los libros de texto de personalidad no cubren los trastornos de personalidad. Sin embargo, el conocer acerca de la forma en que algo se descompone puede decirnos respecto de cómo funciona de manera normal. Además, se cree que el concepto de trastornos de personalidad en realidad une a todos los diferentes componentes y dominios de la personalidad. Así, es un tema oportuno con el cual terminar este libro debido a que aplica mucho de lo que se ha estudiado antes para una comprensión de la forma en que puede trastornarse la personalidad humana.

El concepto de trastorno

En la actualidad, un **trastorno** psicológico es un patrón de comportamiento o experiencia angustiante y doloroso para la persona, que conduce a la incapacidad o deterioro en importantes dominios de la vida (por ejemplo, problemas en el trabajo, el matrimonio o dificultades en las relaciones), y que se asocia con un aumento en el riesgo de sufrir más, pérdida

de la función, muerte o confinamiento (American Psychiatric Association, 1994). La idea de que algo pueda ir mal con la personalidad de un sujeto tiene una larga historia. Algunos de los primeros escritos en psiquiatría médica incluían clasificaciones y descripciones de la personalidad y los trastornos mentales (por ejemplo, Kraepelin, 1913; Kretschmer, 1925). Un concepto muy antiguo deducido por el psiquiatra francés Philippe Pinel fue *manie sans delire*, o locura sin pérdida de la razón. Esto se aplicó a individuos que demostraban un comportamiento y emociones trastornados, pero que no perdían contacto con la realidad (Morey, 1997). Un concepto relacionado, popular a principios del siglo XX, fue llamado demencia moral, para enfatizar que la persona no sufría ninguna alteración del intelecto sino, más bien, estaba deteriorada desde el punto de vista de los sentimientos, temperamento o hábitos. Un psiquiatra influyente llamado Kurt Schneider (1958) propuso el término *personalidad psicopática* para referirse a patrones de comportamiento que causaban que sufrieran la persona y la comunidad. Schneider también enfatizó la rareza estadística junto con los comportamientos que tienen un impacto adverso en la persona y en la comunidad en la cual vive ésta. La definición resalta la noción de que todas las formas de trastorno de personalidad implican relaciones sociales deterioradas; otras personas sufren tanto o más que la persona con el trastorno.

Un trastorno es una entidad conceptual que, aunque abstracta, no obstante es útil. Ayuda a guiar al pensamiento acerca de la distinción entre lo que es normal y lo que es anormal, o patológico. El campo de la **psicología de lo anormal** es el estudio de los diversos trastornos mentales, incluyendo los del pensamiento, los emocionales y los de personalidad. En este capítulo, nos enfocaremos en los trastornos de personalidad y las formas en que afectan el funcionamiento.

¿Qué es anormal?

Hay muchas formas de definir **anormal**. Una definición sencilla podría ser que cualquier cosa diferente de lo normal es anormal. Ésta sería una definición estadística, en el sentido de que los investigadores pueden determinar en forma estadística con cuánta frecuencia ocurre algo y, si es raro, lo llaman anormal. En este sentido, el daltonismo o la polidactilia (tener más de 10 dedos) se considera anormal. Otra definición de anormal es una definición social basada en lo que la sociedad tolera (Shoben, 1957). Si definimos el término en este sentido, los comportamientos que la sociedad juzga inaceptables son etiquetados como anormales. En este sentido, el incesto y el abuso de niños son considerados anormales. Tanto la definición estadística como la social de anormalidad padecen de los tiempos cambiantes y de las normas sociales o culturales cambiantes (Millon, 2000a, 2000b). Los comportamientos considerados ofensivos o inapropiados desde el punto de vista social hace 20 años podrían ser aceptables hoy. Por ejemplo, hace 20 o 30 años, la homosexualidad era considerada rara y socialmente inaceptable, una forma de comportamiento anormal o incluso una enfermedad mental. Hoy, la homosexualidad no se considera anormal en sí misma (American Psychiatric Association, 1994) y es protegida bajo las leyes de derechos civiles en muchas partes del mundo. Por tanto, las definiciones estadísticas y sociales de anormalidad siempre son algo provisionales debido a los cambios de la sociedad.

Los psicólogos han buscado en consecuencia otras formas de identificar lo que es anormal en el comportamiento y la experiencia. Han mirado dentro de las personas, preguntando acerca de sentimientos subjetivos, como la ansiedad, depresión, insatisfacción y sentimientos de soledad. Han observado la forma en que piensa la gente y se experimenta a sí misma y su mundo. Los psicólogos han encontrado que algunas personas tienen pensamientos desorganizados, percepciones alteradas o creencias y actitudes inusuales que no corresponden con sus circunstancias. Han identificado formas en las cuales las personas no se llevan bien entre sí y maneras en que la gente tiene problemas para vivir en la comunidad. Han analizado patrones de comportamiento que representan esfuerzos inefectivos para

afrontar o que ponen a la gente en un riesgo mayor para otros problemas, comportamientos que dañan más que ayudar. Desde una perspectiva psicológica, cualquiera de éstos puede considerarse anormal.

Combinando todos estos enfoques de la anormalidad (estadístico, social y psicológico), los psicólogos y psiquiatras han desarrollado el campo de la **psicopatología**, o el estudio de los trastornos mentales. El diagnóstico de los trastornos mentales es tanto una disciplina científica como una parte importante del trabajo clínico de muchos psiquiatras y psicólogos. Saber cómo definir e identificar un trastorno es el primer paso para diseñar un tratamiento o diseñar una investigación sobre ese trastorno.

Un sistema para diagnosticar y describir trastornos mentales que es aceptado en forma amplia está incluido en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)*, ahora en su cuarta edición, llamado por lo común *DSM-IV*, publicado por la American Psychiatric Association (1994). Éste es un manual usado en forma amplia para determinar la naturaleza y magnitud de los trastornos psicológicos, con base en varios síntomas y comportamientos. Este manual enumera más de 200 trastornos mentales. Profundizar en este manual a menudo forma la base de los cursos avanzados o de nivel de posgrado en la psicología de lo anormal.

Para el alumno interesado en los trastornos mentales, hay un gran número y variedad para estudiarlos. En este capítulo, sólo se cubrirán los trastornos del funcionamiento de la personalidad. Hay muchos otros trastornos, como los que afectan los procesos de pensamiento (esquizofrenia), los que afectan las emociones (trastorno de pánico), los que afectan el comportamiento de comer (bulimia), aquellos relacionados con la sexualidad disfuncional (pedofilia, o la atracción sexual hacia niños prepúberes), y aquellos que resultan del abuso de sustancias por periodos prolongados (psicosis inducida por cocaína). Los trastornos de personalidad representan sólo una pequeña parte de la lista de posibles psicopatologías.

¿Qué es un trastorno de personalidad?

Un **trastorno de personalidad** es un patrón perdurable de experiencia y comportamiento que difiere en gran medida de las expectativas de la cultura del individuo (*DSM-IV*). Como se expuso en el capítulo 3, los rasgos son patrones de experimentación, reflexión e interacción con uno mismo y el mundo. Éstos se observan en un rango amplio de situaciones sociales y personales. Por ejemplo, una persona que es destacada en escrupulosidad, es trabajadora y perseverante. Si un rasgo se vuelve desadaptativo e inflexible y causa un deterioro o angustia significativos, entonces se considera un trastorno de personalidad. Por ejemplo, si alguien fuera tan escrupuloso que verificara la cerradura de la puerta 10 veces cada noche y revisara cada aparato electrodoméstico en la casa cinco veces antes de salir en la mañana, entonces podríamos considerar la posibilidad de un trastorno.

Las características esenciales de un trastorno de personalidad, de acuerdo con la American Psychiatric Association (1994), se presentan en el cuadro 19.1. Un trastorno de personalidad por lo general se manifiesta en más de una de las siguientes áreas: en cómo piensa la gente, en cómo siente, en cómo se lleva con otros o en su capacidad para controlar su propio comportamiento. El patrón es rígido y se exhibe a lo largo de una variedad de situaciones, llevando a la angustia o a problemas en áreas importantes en la vida, como el trabajo o las relaciones. Por ejemplo, un hombre demasiado escrupuloso podría volver loca a su esposa con la revisión constante de sus aparatos electrodomésticos. El patrón de comportamiento que define al trastorno de personalidad de manera típica tiene una historia larga en la vida de la persona y con frecuencia puede ser rastreado hasta manifestaciones en la adolescencia o incluso en la niñez. Para ser clasificado como un trastorno de personalidad, el patrón no debe ser resultado de abuso de drogas, medicación o una condición médica, como un traumatismo craneal.

Cuadro 19.1 Criterios generales para los trastornos de personalidad

1. Un patrón perdurable de experiencia interior y comportamiento que se desvía en forma marcada de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en dos o más de las siguientes áreas:
   - Cognición (es decir, formas de percibir e interpretar al ser, a otros y a los sucesos)
   - Afectividad (es decir, el rango, intensidad, capacidad y conveniencia de las respuestas emocionales)
   - Funcionamiento interpersonal
   - Control de los impulsos
2. El patrón perdurable es inflexible y penetrante a lo largo de un rango amplio de situaciones personales y sociales.
3. El patrón perdurable conduce a una angustia significativa desde el punto de vista clínico o deterioro en las áreas de funcionamiento social, ocupacional u otras áreas de funcionamiento importantes.
4. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio puede rastrearse hasta la adolescencia o el inicio de la adultez.
5. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
6. El patrón perdurable no se debe a efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, abuso de una droga, un medicamento) o a una condición médica general, como trauma craneal.

Fuente: American Psychiatric Association, 1994.

Variedades de trastornos de personalidad

El *DSM-IV* enumera 10 trastornos de personalidad. Éstos, a su vez, caen en tres grupos. Todos los trastornos de personalidad implican relaciones sociales deterioradas o problemas para llevarse bien con los demás. La persona con un trastorno de personalidad causa dificultades a otras. Los trastornos de personalidad son únicos en el sentido de que, además de sufrir ellas mismas, las personas con estos trastornos frecuentemente hacen que también los que los rodean se sientan incómodos.

¿Categorías o dimensiones?

Una forma de ver los trastornos de personalidad es como categorías distintas: las personas sin un trastorno particular están en una categoría, y los sujetos con el trastorno están en otra. Esta **perspectiva categórica** es el enfoque dominante en la psiquiatría y en la psicología clínica en la actualidad. Una persona es diagnosticada con el trastorno o no. Por ejemplo, un estudio de más de 600 delincuentes serios en prisiones de máxima seguridad en Canadá concluyó que las personalidades antisociales eran una categoría distinta que representaba a un segmento de la población en prisión (Harris, Rice y Quinsey, 1994). La perspectiva categórica sostiene que hay una brecha cualitativa entre las personas que son antisociales y las que no lo son. Así, este concepto se aplica a todos los trastornos, viéndolos como distintos y cualitativamente diferentes de los extremos normales en cada rasgo.

En contraste con esta perspectiva categórica está la perspectiva dimensional de los trastornos de personalidad. En la **perspectiva dimensional**, cada trastorno se ve como un continuo, que va desde la normalidad en un extremo hasta la incapacidad o perturbación graves en el otro. De acuerdo con esta perspectiva, las personas con y sin el trastorno difieren sólo en

grado. Por ejemplo, parte de ser un psicópata antisocial es no preocuparse por los sentimientos de otros, y hay grados en los que se manifiesta esta falta de preocupación social. Por ejemplo, algunas personas tan sólo podrían ser distantes y desinteresadas de los sentimientos de otros. Más adelante en esta dimensión, una persona podría carecer del deseo de ayudar a otros, siendo distante e indiferente. Aún más adelante en esta dimensión está la persona que hiere o saca ventaja de otros en forma activa. Y, por último, en el mayor extremo está alguien como "Monstruo", la persona presentada al inicio de este capítulo, quien obtiene placer al herir o aterrorizar a otros, quien está motivado para el crimen social debido a que disfruta al ver sufrir a los demás.

La investigación en estudiantes universitarios estadounidenses sugiere que los rasgos antisociales, como la impulsividad, perder los estribos con rapidez, la falta de remordimiento, la manipulación y las actitudes sociales insensibles, se distribuyen en forma normal. Esto implica que los rasgos son dimensiones, las cuales varían de bajas a altas, no categorías distintas. Por tanto, el grado en que un estudiante dado exhibe una personalidad antisocial varía de acuerdo con el lugar en que se ubique en un continuo que va desde muy agradable y cooperativo en un extremo hasta indiferente y carente de interés social en el otro. La perspectiva dimensional implica que ciertos patrones de comportamientos, en diversas cantidades, comprendidos en el trastorno, hacen que la persona sea un problema para sí misma y para los demás. Los teóricos modernos (por ejemplo, Costa y Widiger, 1994; Widiger, 2000) afirman que la perspectiva dimensional ofrece una forma más confiable y significativa de describir los trastornos como formas extremas de rasgos de personalidad normales.

Cultura, edad y género: el efecto del contexto

Los antecedentes sociales, culturales y étnicos de una persona deben tomarse en cuenta siempre que haya una cuestión sobre trastornos de personalidad. Los inmigrantes, por ejemplo, con frecuencia tienen problemas para adaptarse a una nueva cultura. Las personas que se desarrollan en una cultura diferente a menudo tienen costumbres, hábitos, expresiones y valores que están peleados con la cultura nueva, o que crean problemas sociales dentro de ésta. Por ejemplo, la cultura estadounidense es muy individualista y valora y recompensa a los individuos por sobresalir de la multitud. Para las sociedades que son más colectivistas, las cuales valoran la adaptación dentro del grupo, los esfuerzos por sobresalir de la multitud podrían interpretarse como egocéntricos e individualistas. De hecho, la cultura estadounidense ha sido llamada una cultura narcisista; por consiguiente, los esfuerzos por atraer la atención hacia uno no es socialmente anormal en esta sociedad.

Antes de juzgar que un comportamiento es un síntoma de un trastorno de personalidad, hay que familiarizarse primero con los antecedentes culturales de una persona, en especial si es diferente de la cultura de la mayoría. Un estudio de inmigrantes del Tercer Mundo a Noruega (Sam, 1994) encontró que muchos exhibían problemas de adaptación, los cuales podrían haber parecido trastornos de personalidad. Muchos varones jóvenes inmigrantes, por ejemplo, exhibían comportamientos antisociales. Estos comportamientos tendieron a disminuir conforme los inmigrantes experimentaron la aculturación en su nuevo ambiente social.

La edad también es relevante para los juicios acerca de los trastornos de personalidad. Los adolescentes, por ejemplo, con frecuencia pasan por periodos de inestabilidad, los cuales pueden incluir crisis de identidad (véase el capítulo 14), un síntoma que con frecuencia se asocia con ciertos trastornos de personalidad. Muchos adolescentes experimentan con varias identidades pero no tienen un trastorno de personalidad. Por esta razón, la American Psychiatric Association (1994) advierte contra el diagnóstico de trastornos de personalidad en sujetos menores de 18 años de edad. Además, los adultos que sufren una pérdida grave, como la muerte de un cónyuge o quedarse sin trabajo, en ocasiones pasan por periodos de inestabilidad o comportamiento impulsivo, los cuales pueden parecer un trastorno de personalidad. Por ejemplo, una persona que ha experimentado un suceso traumático como éstos puede volverse violento o adentrarse en forma impulsiva en relaciones sexuales. Por consiguiente, deben considerarse la edad y circunstancias de vida de una persona a fin de asegurar

que la persona no está pasando tan sólo por una etapa de desarrollo o reaccionando a un evento traumático de la vida.

Por último, el género es otro contexto en el que podemos enmarcar nuestra comprensión de los trastornos de personalidad. Ciertos trastornos, como el de personalidad antisocial, se diagnostican con mucha mayor frecuencia en hombres que en mujeres. Otros trastornos de personalidad se diagnostican con más frecuencia en mujeres que en hombres. Estas diferencias de género pueden reflejar diferencias subyacentes en la forma en que afrontan las personas. Por ejemplo, en un estudio de más de 2 000 individuos, Huselid y Cooper (1994) encontraron que los hombres exhiben problemas de externalización, como peleas y vandalismo, mientras las mujeres tienden a exhibir relativamente más problemas de internalización, como depresión y dañarse a sí mismas. Kavanagh y Hops (1994) obtuvieron hallazgos similares. Estas diferencias en la forma en que afrontan los problemas los hombres y las mujeres tienen mayor probabilidad de contribuir a las diferencias de género en los comportamientos asociados con los trastornos de personalidad. Los psicólogos necesitan tener cuidado en no buscar evidencia para ciertas clases de trastornos sólo debido al género de una persona. En particular cuando un clínico está evaluando un caso específico, los estereotipos sociales sobre los roles de género no deben influir en un diagnóstico.

Ejercicio

En este capítulo leerá sobre trastornos de personalidad específicos. Para cada uno, trate de pensar en ejemplos de la forma en que la cultura, el género o la edad podrían influir en si el comportamiento de una persona se ve como evidencia de un trastorno. Por ejemplo, ¿es probable que otros vean que las personas de grupos socioeconómicos bajos tienen trastornos particulares? ¿Cómo corresponde esto con el tema de los estereotipos y el prejuicio? ¿Cómo se relaciona con el uso de "perfiles" por la policía y otros organismos de aplicación de la ley?

Trastornos de personalidad específicos

Las siguientes secciones describen trastornos de personalidad específicos, incluyendo los criterios para diagnosticar que alguien presenta cada trastorno. Enfocaremos este material en la descripción de las características de cada trastorno de personalidad y daremos ejemplos. Dejaremos una exposición de las causas de los trastornos de personalidad para un recuadro de "Un acercamiento detallado" sobre el trastorno de personalidad antisocial, al igual que una exposición de diferentes teorías causales al final del capítulo.

El núcleo errático: formas de ser imprevisibles, violentos o emocionales

Las personas que son diagnosticadas con trastornos que pertenecen al grupo errático tienden a tener problemas con el control emocional y dificultades específicas para llevarse bien con otros. Las personas con uno de estos trastornos frecuentemente parecen dramáticas y emocionales y son impredecibles. Este grupo consiste en cuatro trastornos de personalidad: *antisocial, limítrofe, histriónica* y *narcisista.*

Trastorno de personalidad antisocial

La persona antisocial muestra una indiferencia general por otros y se preocupa muy poco por los derechos, sentimientos o felicidad de los demás. Se ha hecho referencia a la persona an-

tisocial como sociópata o psicópata (Zuckerman, 1991). Los adultos con este trastorno de manera típica tuvieron una niñez llena de problemas conductuales. Estos problemas conductuales de la niñez por lo general toman la forma de una violación de los derechos de otros (como robos menores) y romper las normas sociales relacionadas con la edad (como fumar aún siendo niños o pelear con otros niños). Algunos problemas conductuales infantiles comunes incluyen comportarse en forma agresiva o cruel con los animales, amenazar e intimidar a niños más pequeños, destruir propiedad ajena, mentir y romper las reglas. Los problemas conductuales en la infancia por lo general son notados primero en la escuela, pero tales niños también llegan a llamar la atención de la policía. En ocasiones incluso niños muy pequeños, durante una discusión con otro niño, usan un arma que puede causar un daño físico grave, como un bat de beisbol o un cuchillo. Los niños con problemas conductuales frecuentemente desarrollan un patrón de quedarse despiertos hasta tarde en la noche contra los deseos de sus padres. También es común que se fuguen durante la noche o por varios días, al igual que irse de pinta de la escuela.

Una vez que los problemas conductuales infantiles se integran en un patrón establecido, la posibilidad de un **trastorno de personalidad antisocial** se vuelve más probable (American Psychiatric Association, 1994). Cuando un niño con problemas conductuales crece, los problemas tienden a empeorar, conforme éste desarrolla fuerza física, poder cognoscitivo y madurez sexual. Los problemas menores, como mentir, pelear y robar en las tiendas, se hacen más graves, como allanar lugares y cometer actos de vandalismo. También podría seguir la agresión grave, como la violación o la crueldad con la víctima de un robo. Algunos niños con estos problemas conductuales desarrollan con rapidez un nivel de comportamiento peligroso e incluso sádico. Por ejemplo, en ocasiones escuchamos en las noticias sobre niños preadolescentes (por lo general hombres) que asesinan a otros niños a sangre fría y sin remordimiento. En un estudio, los niños que crecieron para ser delincuentes serios en la adolescencia ya eran identificables a los cinco años de edad por las estimaciones de impulsividad y comportamiento antisocial de los maestros de jardín de niños (Tremblay *et al.*, 1994). Los estudios de niños con edades de seis a trece años también encontraron que algunos exhiben un síndrome de comportamientos antisociales, incluyendo impulsividad, problemas conductuales, actitudes sociales insensibles y falta de sentimientos hacia otros (Frick *et al.*, 1994).

Los problemas conductuales infantiles son mucho más comunes en hombres que en mujeres (American Psychiatric Association, 1994). La investigación muestra que este trastorno ocurre con una frecuencia tres veces mayor en hombres que en mujeres (American Psychiatric Association, 1994). También hay diferencias de género en los tipos de problemas de conducta exhibidos, con los hombres implicados con frecuencia en robo, vandalismo y peleas y las mujeres implicadas con regularidad en mentir, fugarse, irse de pinta e incluso practicar la prostitución. La frecuencia de los problemas de conducta en niños parece haber aumentado durante las décadas anteriores (American Psychiatric Association, 1994) y puede ser más alto en escenarios urbanos que en los rurales.

Si un niño no exhibe señales de problemas de conducta para los 16 años de edad, es poco probable que desarrolle una personalidad antisocial cuando adulto. Es más, aun entre los niños *con* problemas de conducta, la mayoría tan sólo los superan para el inicio de la adultez (American Psychiatric Association, 1994). Sin embargo, algunos niños con problemas de conducta continúan hasta desarrollar un trastorno de personalidad antisocial completo en la adultez. Los niños con problemas de conducta de inicio temprano (por ejemplo, a los seis o siete años de edad) tienen una probabilidad mucho mayor de desarrollar un trastorno de personalidad antisocial cuando adultos que los niños que exhibieron unos cuantos problemas de conducta en el bachillerato (Laub y Lauritsen, 1994).

El adulto antisocial continúa con la misma clase de problemas de conducta iniciados en la infancia, pero a una escala mucho más grande. El término *antisocial* implica que la persona *carece de preocupación por otros.* Las personas antisociales tienen muy poco respeto por las leyes y pueden participar de manera repetida en actos que son causa de arresto, como hostigar a otros, pelear, destruir propiedad ajena y robar. "Frío de corazón" es una buena descrip-

ción de sus interacciones con otros. Las personas antisociales pueden manipular y engañar para obtener recompensas o placer (por ejemplo, dinero, poder, ventaja social o sexo).

Otra característica común de la personalidad antisocial es la *impulsividad,* la cual a menudo se manifiesta como una falla para planear con anticipación. La persona antisocial podría empezar una cadena de comportamiento sin un plan o secuencia claros en mente. Por ejemplo, la persona podría entrar a una gasolinera y decidir sobre la marcha robar al dependiente, aun cuando no haya planeado una fuga. Los prisioneros con personalidades antisociales con frecuencia se quejan de que su falta de planeación condujo a su arresto, y es común que tengan más remordimientos por haber sido atrapados que por haber cometido el crimen.

Una forma más común de impulsividad es tan sólo tomar decisiones cotidianas sin mucha premeditación o sin considerar las consecuencias. Por ejemplo, un hombre antisocial podría dejar a su esposa y a su bebé por varios días sin llamar para decir dónde está. Esto con frecuencia produce problemas en las relaciones y problemas en escenarios laborales. Por lo general, las personas antisociales cambian de trabajo, cambian de relaciones y se mudan con frecuencia.

Las personas antisociales también tienden a *irritarse con facilidad* y a responder con agresión incluso a frustraciones menores. Perder algunas monedas en una máquina vendedora podría ser todo lo que se requiere para que una persona así monte en cólera. Las personas antisociales también tienden a *atacar,* en particular a los que los rodean, como sus cónyuges o hijos. Las peleas y los ataques físicos son comunes. La *temeridad* es otra característica; las personas antisociales muestran poca consideración por su propia seguridad y la de otros. Conducir en estado de intoxicación o a exceso de velocidad es un indicio de temeridad, al igual que tener sexo sin protección con muchas parejas.

La *irresponsabilidad* es otra característica clave de la personalidad antisocial. Las personas antisociales se aburren con facilidad y encuentran que la monotonía o la rutina les produce estrés. Una persona antisocial, por ejemplo, puede decidir abandonar su trabajo sin pensarlo, sin tener ningún plan para conseguir otro de inmediato. Las repetidas ausencias inexplicables del trabajo son una señal común del carácter antisocial. La irresponsabilidad en asuntos financieros también es común; la persona antisocial se endeuda frecuentemente con cantidades impagables o pidiéndole prestado a una persona para pagar lo que deben a otra, manteniéndose un paso adelante del cobrador. Dicha persona puede despilfarrar el dinero necesario para alimentar a sus hijos o perder en apuestas el dinero necesario para comprar artículos de primera necesidad.

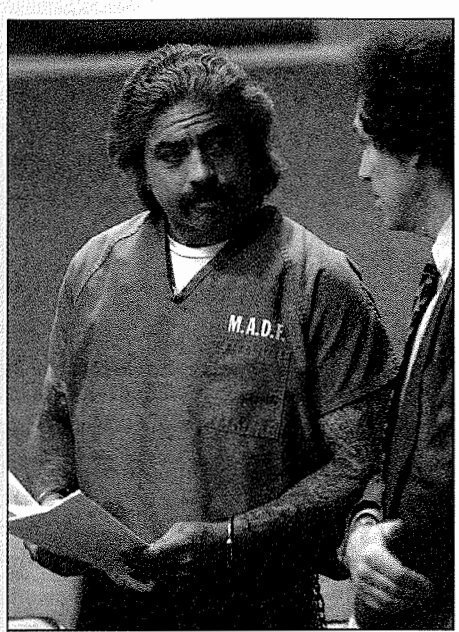
Algunas personas antisociales exhiben *mucha labia o un encanto superficial* y pueden ser muy refinados y afables en sus interacciones sociales. Ser apreciados como seguros de sí mismos y confiados, características que crean una impresión positiva. Con frecuencia, dan una primera impresión buena en un conocido nuevo, sólo para después sacar ventaja de su nuevo "amigo". Muchas personas son engañadas por el encanto que algunas personas antisociales son capaces de exhibir. Incluso ciertos profesionales, como los oficiales de policía o psicólogos, son engañados. De hecho, el término *artista de la estafa* se aplica comúnmente a personas antisociales.

Una variedad de *actitudes sociales insensibles* también caracteriza a la persona antisocial. Estas personas muestran poco remordimiento por sus acciones, racionalizando sus crímenes diciendo que sus víctimas "se lo merecían". En ocasiones las personas antisociales culpan a la víctima por el crimen; por ejemplo, diciendo que una víctima golpeada "lo pidió". Con frecuencia, la persona antisocial racionaliza los actos agresivos diciendo algo como "Tuve que darle antes de que él me diera a mí", aun cuando la otra persona no tuviera esas intenciones. Las personas antisociales pueden ser vengativas y tienen un umbral bajo para atacar. Tienen más probabilidad que las personas en la población general de morir por medios violentos, como homicidio y accidentes (American Psychiatric Association, 1994).

La falta de sentimientos de culpa e indiferencia ante el sufrimiento de otros es el sello de la mente antisocial. La persona antisocial puede ser despiadada, sin los niveles normales de compasión humana, caridad o preocupación social. Véase el recuadro Un acercamiento de-

Aplicación

Richard Allen Davis fue declarado culpable de secuestrar y matar a Polly Klaas en Petaluma, California, en 1993. El caso de Richard ilustra muchas de las características de la personalidad antisocial y, de hecho, fue diagnosticado con este trastorno por psiquiatras designados por el tribunal (Toobin, 1994). Richard había tenido una infancia difícil, siendo criado por un padre que era propenso a la violencia y al alcoholismo. En ocasiones su padre tomaba una pistola y salía a dispararle a sus alucinaciones inducidas por el alcohol. Su madre al parecer estaba peor, así que al divorciarse se le concedió a su padre la custodia del pequeño Richard. Cuando Richard comenzó sus años adolescentes, ya se había establecido un patrón de violencia. Era cruel con los animales y se sabe que les tiraba gasolina a los gatos y les prendía fuego. También cargaba un cuchillo y atrapaba perros callejeros y los cortaba (Toobin, 1994). Sin embargo, era listo y se ganaba con facilidad la confianza de las personas, sólo para sacar ventaja de ellas. Con frecuencia se unía a parrandas de crímenes, donde robaba y asaltaba y golpeaba a gente hasta que lo atrapaban y lo metían a la cárcel. Durante sus muchas condenas en prisión, aprendió varios oficios. Tenía una habilidad especial para el trabajo con hojas de metal y con facilidad habría podido volverse un trabajador experto en este campo. Pero Richard no estaba interesado en un trabajo estable y, en cambio, prefería tomar lo que les pertenecía a otros. Nunca conservó un trabajo por más de unos cuantos meses seguidos. Después de una serie de robos violentos, el juez le preguntó a Richard si se sentía mal por lo que acababa de hacer. Richard respondió, "Si me sintiera mal por eso no lo habría hecho". El juez preguntó de nuevo, "¿No le molesta en absoluto?" "No en absoluto?", respondió Davis. "Si así fuera no lo habría hecho" (Toobin, 1994, p. 43).



Richard Allen Davis durante una aparición en el tribunal en 1993 por el secuestro y asesinato de la niña de 12 años de edad Polly Klaas, de Petaluma, California. Davis fue diagnosticado por los psiquiatras nombrados por el tribunal con un trastorno de personalidad antisocial.

tallado para las teorías e investigación actuales sobre la forma en que las personas se vuelven antisociales y las fuerzas psicológicas que las mantienen así. El cuadro 19.2 resume las características esenciales del trastorno de personalidad antisocial. También se incluyen las creencias o pensamientos típicos que podría tener alguien con este trastorno.

Cuando se evalúa el perfil de la personalidad antisocial, es bueno tener en cuenta los contextos social y ambiental en los que viven algunas personas. Los psicólogos han expresado preocupación porque la etiqueta *antisocial* en ocasiones se aplica a sujetos que viven en escenarios donde comportamientos indeseables desde el punto de vista social (como pelear) son vistos como protectores. Por ejemplo, en un área de criminalidad alta, algunas de las actitudes antisociales pueden proteger a las personas de convertirse en víctimas. Por tanto, el tér-

Ejercicio

Durante la próxima semana, lea al menos un periódico o revista de noticias cada día. Busque historias de personas que podrían ser buenos ejemplos del trastorno de personalidad antisocial, como asesinos, criminales de oficina y artistas de la estafa. Recorte las historias y sométalas a discusión. Busque evidencia de la vida de la persona y los comportamientos reales que correspondan con las características de la personalidad antisocial enumeradas en el cuadro 19.2.

Cuadro 19.2 Características de las personas con trastorno de personalidad antisocial

Poca preocupación por otros
Impulsividad
Perder los estribos con rapidez y agredir
Irreflexión e irresponsabilidad
Labia o encanto superficial
Actitudes sociales insensibles
Falta de sentimientos de culpa o remordimientos
Indiferencia ante el sufrimiento de otros

Pensamientos o creencias típicos asociados con la personalidad antisocial

"Recuerda, cuídate a ti mismo."
"Allá afuera es una jungla; sólo los fuertes sobreviven."
"Hago lo que sea para abrirme paso."
"No me importa lo que otros piensen de mí."
"La vida ha sido dura para mí, y merezco algunos descansos."
"No necesito cumplir mis promesas; las personas merecen ser usadas."

mino *antisocial* debería usarse sólo cuando el patrón de comportamiento es indicativo de disfunción y no es una simple respuesta al contexto social inmediato. Por ejemplo, los jóvenes que emigran de países devastados por la guerra, donde los comportamientos agresivos son necesarios para sobrevivir cada día, no deberían ser considerados antisociales. Deben tomarse en cuenta los contextos económicos y sociales cuando se decide si comportamientos indeseables son señales de disfunción.

Trastorno de personalidad limítrofe

La vida de personas con **trastorno de personalidad limítrofe** está marcada por la *inestabilidad.* Sus relaciones son inestables, así como su comportamiento, sus emociones e incluso sus imágenes de sí mismas. Consideremos cada uno de éstos, comenzando con las relaciones.

Las relaciones de los individuos limítrofes tienden a ser intensas, emocionales y violentas en potencia. Sufren de temores intensos de abandono. Si tales personas sienten separación o rechazo en una relación importante, pueden producirse cambios profundos en su autoimagen y en la forma en que se comportan, como enojarse mucho con otros. Los individuos limítrofes muestran dificultades marcadas en sus relaciones. Cuando alguien los deja, sienten temores de abandono intensos y regularmente se enojan o se vuelven *agresivos.* En ocasiones, en sus esfuerzos por manipular a las personas para que regresen a sus relaciones, llevan a cabo *comportamiento de automutilación* (quemándose o cortándose) o intentos de suicidio. Un estudio de 84 pacientes hospitalizados con un diagnóstico de trastorno de personalidad limítrofe encontró que 72% tenía una historia de intento de suicidio (Soloff *et al.*, 1994). De hecho, entre esta muestra, el paciente limítrofe promedio había intentado suicidarse al menos en tres ocasiones. Las relaciones de individuos limítrofes son impredecibles e intensas. Pueden ir desde idealizar al otro hasta ridiculizarlo. Son propensos a cambios súbitos en sus opiniones de las relaciones, comportándose en un momento de una manera cariñosa y al siguiente

Cuadro 19.3 Características del trastorno de personalidad limítrofe

Inestabilidad de las relaciones, emociones y autoimagen

Miedos de abandono

Agresividad

Propensión a herirse a sí mismo

Emociones intensas

Pensamientos o creencias típicos asociados con la personalidad limítrofe

"No soy nada sin ti."

"Moriré si me dejas."

"Si te vas, me mataré."

"Te odio, te odio, TE ODIO."

"Te amo tanto que haría cualquier cosa o sería cualquier cosa por ti."

"Me siento vacío en mi interior, como si no supiera quién soy."

de una manera castigadora y cruel. Pueden ir de ser sumisos a ser vengativos por injusticias pasadas. La película *Atracción fatal* presenta un personaje con varias características del trastorno de personalidad limítrofe. Véase el recuadro Un acercamiento detallado para una exposición de la forma en que este trastorno de personalidad se retrató en esta película de 1987 nominada para un Óscar.

Las personas limítrofes también tienen *perspectivas cambiantes de sí mismas.* Sus valores y metas son superficiales y cambian con facilidad. Sus opiniones pueden cambiar de pronto. Experimentan con diferentes clases de amigos o con diferentes orientaciones sexuales. Por lo general, se ven a sí mismos, en el fondo, como perversos o malos. Los actos de daño a sí mismos son comunes y aumentan cuando otros amenazan con dejarlos o demandan que la persona limítrofe asuma algunas responsabilidades nuevas.

Las *emociones intensas* son comunes en la personalidad limítrofe, incluyendo pánico, ira y desesperación. En su mayor parte, estas emociones son causadas por sucesos interpersonales, en especial abandono o negligencia. Cuando otros les producen estrés, la persona limítrofe puede criticar, volviéndose amargado, sarcástico o agresivo. Los periodos de ira a menudo son seguidos por vergüenza, culpa y sentimientos de ser perverso o malo. Las personas limítrofes con frecuencia se quejan de sentirse vacíos. También tienen una forma de socavar sus propios mejores esfuerzos, como abandonar un programa de capacitación justo antes de terminarlo o destruir una relación cariñosa justo cuando comenzaba a ir bien.

El cuadro 19.3 enumera las principales características del trastorno de personalidad limítrofe, junto con ejemplos de creencias y pensamientos que podrían tener por lo común las personas con este trastorno. Los sujetos con trastorno de personalidad limítrofe, en comparación con aquellas que no lo tienen, presentan un mayor índice de frecuencia de abuso físico o sexual en la infancia, negligencia o pérdida temprana de un padre. Muchos investigadores creen que el trastorno limítrofe es causado por una pérdida temprana del amor de los padres, como puede suceder con la muerte de algunos de ellos, abuso, negligencia grave o abuso de drogas o alcohol por los padres (Millon *et al.*, 2000). La pérdida temprana puede afectar la capacidad de un niño para formar relaciones. Los niños en tales circunstancias pueden llegar a creer que no pueden confiar en otros. Aunque las personas limítrofes tienen dificultad con las relaciones, pueden formar relaciones estables, si se les da suficiente estructura y apoyo. Si encuentran a alguien aceptante y estable, diplomático, que cumpla con sus expectativas de com-

Un acercamiento detallado

Teorías de la mente antisocial

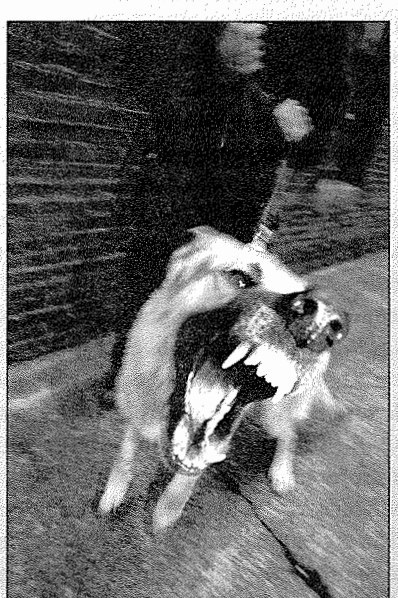
En este recuadro se comparan dos teorías acerca de los orígenes de la personalidad antisocial: una explicación biológica y una explicación del aprendizaje social. Muchos psicólogos han afirmado que el carácter antisocial es causado por una deficiencia o anormalidad biológica (por ejemplo, Cleckley, 1988; Fowles, 1980; Gray, 1987a, 1987b). La investigación a lo largo de estas líneas se ha enfocado en la idea de que los psicópatas son deficientes en su capacidad para experimentar miedo (Lykken, 1982). Ser deficiente en miedo ayudaría a explicar por qué los psicópatas no aprenden tan bien con el castigo que con la recompensa (Newman, 1987). Los psicópatas pueden seguir una carrera de crímenes y anarquía debido, en parte, a que tan sólo no temen el castigo porque son insensibles al miedo.

La teoría de Jeffrey Gray (1990) ha influido a varios investigadores que buscan una explicación biológica del comportamiento antisocial. Recordará del capítulo 6 que Gray propuso un sistema en el cerebro que es responsable de inhibir el comportamiento. El sistema de inhibición conductual (SIC) actúa como un freno psicológico, responsable de interrumpir el comportamiento en curso cuando están presentes claves para el castigo. De acuerdo con Gray, el SIC es la parte del cerebro que es sensible en especial a las señales de castigo que provienen del ambiente. Las personas que sienten que es probable que ocurra un castigo de manera típica dejan de hacer lo que están haciendo y buscan formas de evitar el castigo. Se piensa que el SIC produce sentimientos de ansiedad en presencia de claves para el castigo, las cuales a su vez interrumpen el comportamiento en curso. Gray (1990) sostiene que las personas difieren en gran medida entre sí en función de la sensibilidad de sus sistemas SIC.

Los investigadores están comenzando a examinar la vida emocional de los psicópatas antisociales, en especial con respecto a su experiencia de ansiedad y otras emociones negativas. El psicólogo Chris Patrick y sus colegas están siguiendo una interesante línea de investigación. Un estudio examinó a un grupo de prisioneros, todos los cuales fueron condenados por delitos sexuales (Patrick, Bradley y Lang, 1993). Aun en este grupo de criminales graves, algunos individuos eran más antisociales que otros, según fue medido por la Lista de Verificación de Psicopatía de Hare (Hare, Hart y Harpur, 1991). Patrick y sus colegas hicieron que los prisioneros vieran imágenes desagradables (por ejemplo, personas heridas, animales amenazadores) para tratar de producir sentimientos de ansiedad. Mientras veían las imágenes, los prisioneros fueron sobresaltados con secuencias aleatorias de ruido intenso. Las personas de manera típica parpadean los ojos cuando son sobresaltadas con un ruido intenso. Es más, una persona que está en un estado ansioso o temeroso cuando es sobresaltada parpadeará más rápido y más duro que una persona en un estado emocional normal. Esto significa que la velocidad del parpadeo cuando es sobresaltado puede ser una medida fisiológica objetiva de lo ansiosa o temerosa que se está sintiendo una persona. Es decir, el **método del parpadeo de sobresalto** puede permitir a los investigadores medir cuán ansiosas están las personas sin tener que preguntarles en realidad.

Los resultados de este estudio de prisioneros arrojó que los criminales más psicópatas mostraron *menos* del efecto de parpadeo cuando fueron sobresaltados, lo que indica que estaban experimentando relativamente *menos* ansiedad ante las mismas imágenes desagradables. Sin embargo, cuando se les *preguntó* sobre lo angustiantes que eran las imágenes, tanto los psicópatas como los no psicópatas reportaron que las imágenes eran angustiantes. En general, estos resultados sugieren que los psicópatas dirán que se están sintiendo ansiosas o angustiadas, pero las medidas directas del sistema nervioso sugieren que en realidad están *experimentando* menos ansiedad que los no psicópatas en la misma situación.

En otro estudio, Patrick, Cuthbert y Lang (1994) usaron de nuevo un grupo de prisioneros que diferían entre sí en función de comportamientos antisociales. Esta vez, se les pidió a los prisioneros que imaginaran escenas espantosas, como tener que someterse a una operación. Los prisioneros antisociales bajos y altos no difirieron en sus autorreportes de miedo y ansiedad; todos reportaron más de estas emociones en respuesta a las imágenes de miedo que en respuesta a imágenes neutrales, como caminar por el patio. Sin embargo, se encontraron diferencias más grandes en sus respuestas *fisiológicas* a las imágenes de miedo. Los prisioneros menos antisociales estaban más excitados por las imágenes de miedo que los sujetos antisociales. En otras palabras, los prisioneros antisociales exhibieron una deficiencia en su respuesta al miedo, cuando sus respuestas al miedo fueron evaluadas con medidas fisiológicas, las cuales son menos susceptibles a ser falsificadas que las medidas de autorreporte. Estos resultados son consistentes con la idea de que la persona antisocial es defi-



Ésta es la clase de fotografía usada en el estudio del psicólogo Chris Patrick, quien encontró que los psicópatas no exhiben la respuesta de miedo normal ante tales estímulos amenazadores.

ciente en la capacidad para experimentar miedo y ansiedad. En una revisión de la literatura, Patrick (1994) afirmó que el problema central con los psicópatas era una deficiencia en la respuesta al miedo. Sucesos que serían amenazadores o provocadores de ansiedad para una persona normal no producen estos sentimientos en un psicópata. Como consecuencia, la persona antisocial no está motivada para interrumpir su comportamiento en curso para evitar el castigo u otras consecuencias desagradables.

Otros investigadores han restado énfasis a las explicaciones biológicas para el comportamiento antisocial y afirman, en cambio, que la falta de sensibilidad emocional del psicópata es aprendida (Levenson, Kiehl y Fitzpatrick, 1995). La audacia observada del psicópata puede ser resultado de un proceso de desensibilización. Si una persona fuera expuesta de manera repetida a la violencia u otro comportamiento antisocial (como abuso infantil o actividades de pandillas), puede volverse insensible a dichos comportamientos. Es decir, la indiferencia insensible hacia los demás, el sello de la personalidad antisocial, puede resultar de la desensibilización, una forma de aprendizaje bien conocida. Un estudio prospectivo de más de 400 víctimas de abuso infantil encontró que, comparados con un grupo control, los niños que sufrieron abuso tuvieron índices significativamente mayores de trastorno de personalidad antisocial 20 años después (Luntz y Widom, 1994). Al ser víctimas de abuso, dice el argumento, las personas aprenden que abusar de otros es un medio de lograr poder y control, y así obtener lo que desean. Muchos psicópatas están motivados por la dominación interpersonal y parecen disfrutar tener poder sobre los demás. Esto en ocasiones puede verse en reuniones del consejo de corporaciones, en estaciones de policía, en política y en cualquier otra parte en la que una persona tenga la oportunidad de intimidar a otros. El punto de esta investigación, sin embargo, es que las personas que crecen para intimidar, con frecuencia fueron intimidadas ellas mismas y sufrieron abusos en su niñez.

Levinson (1992) ha usado resultados como éstos para abogar por un modelo del aprendizaje social del desarrollo de la personalidad antisocial. Sostiene que, en algún punto, las personas deciden presentar comportamiento antisocial debido a que han aprendido, al observar a los demás, que ésta es una forma de obtener lo que desean. Y, debido a la desensibilización, la repetición del comportamiento antisocial hace que comportamientos similares sean más probables en el futuro.

Los psicólogos debaten en la actualidad los méritos relativos de ver el comportamiento antisocial como biológico o como aprendido. Cualquiera que sea la causa de la personalidad antisocial, la frecuencia y gravedad de los comportamientos antisociales casi siempre disminuyen conforme envejece la persona. Se ha dicho que la mejor terapia para el psicópata es envejecer mientras está en prisión. La incidencia de comportamientos antisociales disminuye en forma impresionante en personas de 40 años de edad en adelante (*DSM-IV*). Se sabe en forma amplia que, entre criminales, aquellos que están en su cuarta década de vida tienen mucha menos probabilidad de ser arrestados de nuevo por actos antisociales que aquellos en su segunda o tercera décadas. Por ejemplo, un estudio de 809 prisioneros varones con edades de 16 a 69 años encontró que los comportamientos sociales desviados, la impulsividad y los actos antisociales eran mucho menos frecuentes en los prisioneros mayores (Harpur y Hare, 1994). Hubo una disminución menor con la edad en las creencias antisociales y en las actitudes sociales insensibles. Por tanto, aunque los psicópatas mayores aún no se interesan mucho por otras personas o sus sentimientos, no obstante tienen menos probabilidad de exteriorizar en forma impulsiva estas creencias o presentar comportamientos antisociales reales. Ya sea que la razón sea el agotamiento o la maduración, hay una disminución definida en el rango y frecuencia de actos antisociales con la edad madura, aun entre los criminales más duros de corazón.

promiso y que sea cariñoso y pueda difundir los problemas conforme ocurren, entonces la personalidad limítrofe puede experimentar una relación satisfactoria.

Trastorno de personalidad histriónica

El **trastorno de personalidad histriónica** es la *búsqueda de atención excesiva* y la *emocionalidad.* Es común que tales personas sean dramáticas en exceso, prefiriendo ser el centro de atención. Pueden parecer encantadoras o incluso coquetas. Muchas son seductoras o provocativas en forma inapropiada. Y este comportamiento *provocativo sexual* con frecuencia no tiene dirección y ocurre en escenarios inapropiados, como los profesionales. La apariencia física con frecuencia es muy importante para las personas histriónicas, y trabajan para impresionar a otros y obtener cumplidos. Sin embargo, a menudo exageran y parecen llamativos o extravagantes (por ejemplo, las mujeres histriónicas puede usar demasiado maquillaje).

Los individuos histriónicos expresan sus opiniones con insistencia y en forma dramática. Sin embargo, sus *opiniones son superficiales* y cambian con facilidad. Dicha persona puede decir, por ejemplo, que algún funcionario político es un líder grande y maravilloso, pero es

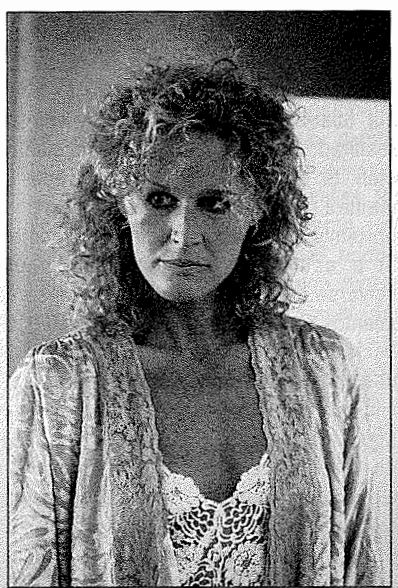
Un acercamiento detallado

Atracción fatal

Esta escalofriante película fue protagonizada por Michael Douglas y Glenn Close. Douglas interpreta a Dan, un abogado rico y poderoso que está felizmente casado con una hermosa mujer, y tienen una bella hija a la que ambos aman. En una cena de negocios, Dan conoce al personaje de Glenn Close, Alex, quien es una mujer soltera, atractiva, intrigante que atrae la atención de Dan. Sin embargo, Dan está con su esposa y no sucede nada con Alex en la cena. Unas cuantas semanas después, Dan está en un viaje de negocios sin su esposa un fin de semana y ve a Alex de nuevo. Coquetean por algún tiempo, y en definitiva hay alguna atracción entre ellos. Dan no lo sabe en este punto, pero es una atracción fatal. Durante el fin de semana, Dan y Alex tienen sexo varias veces, y parecen disfrutar mucho los dos. En una escena, Dan y Alex están juntos en la cama después de tener sexo, y la cámara se mueve hacia una olla de café que está hirviendo en la estufa. Ésta es una pista visual sutil de las consecuencias peligrosas que se están poniendo en movimiento con su romance adúltero.

Después de esta infidelidad de fin de semana, Dan regresa con su esposa. Alex se molesta porque Dan parece que tan sólo desea olvidarse de ella. Ella siente que lo ama, pero lo odia al mismo tiempo por dejarla. Durante las siguientes semanas, llama a Dan a su casa e incluso lo acecha en varias ocasiones. Por último, ella confronta a Dan y le dice que está esperando un bebé y siente que debería dejar a su esposa por ella. Dan, sin embargo, le dice a Alex que se practique un aborto y que se olvide de que él abandonará a su esposa. Deja claro que no desea ser parte de la vida de ella. Ella alterna entonces entre amor extremo y odio extremo por él. Ella quiere a Dan para sí y decide que la mejor forma de tenerlo es destruir lo que se interpone entre ella y Dan, que son su esposa y su hija. La película se vuelve escalofriante cuando Alex comienza a aterrorizar a Dan y a su familia.

Cuando se estrenó esta película, muchos reseñadores se refirieron al personaje de Alex en forma incorrecta como una "amante psicótica" o una "loca". De hecho, Alex exhibe varios de los síntomas del trastorno de personalidad limítrofe. Ella muestra las dificultades de relación increíbles que son el sello del estilo limítrofe. Vacila entre desear tener y desear destruir a quienes ama. Ella se coloca en el borde entre destruirse a sí misma y dañar a aquellos que están causando sus problemas emocionales. Se vuelve cada vez más iracunda durante la película, y no sabemos si dirigirá esta ira hacia dañarse a sí misma o dañar a otros. Todo esto es desencadenado por sentimientos de abandono, otro sello del carácter limítrofe. Ser dejado de lado, ser omitido o ser abandonado es una cuestión crítica para las personas con este trastorno. Debido a que con frecuencia se definen a sí mismas en función de sus relaciones ("No soy nada sin ti"), temen perder esas relaciones. Sin embargo, debido a sus emociones intensas e impredecibles, sus relaciones tienden a ser inestables e insatisfactorias y terminan en forma prematura. Provocan aquello que temen.



En la película Atracción fatal, *Glenn Close interpreta el personaje de Alex, quien tiene muchas de las características del trastorno de personalidad limítrofe.*

incapaz de dar algunos detalles que apoyen o ejemplos reales de liderazgo. Tales personas prefieren las impresiones a los hechos y con frecuencia actúan por intuición (Millon *et al.*, 2000). Frecuentemente *exhiben emociones intensas en público,* en ocasiones pese a la vergüenza de amigos y familiares. Pueden hacer rabietas por frustraciones menores o llorar de manera incontrolable por un suceso sentimental pequeño. A otros, sus emociones les parecen poco sinceras y exageradas, hasta el punto de ser teatrales. Los individuos histriónicos también son muy *sugestionables.* Debido a que sus opiniones no se basan en hechos, pueden dar un viraje con facilidad. Adoptan cualquier hecho que sea popular en el momento.

Desde el punto de vista social, los individuos tienen dificultad para llevarse bien, debido a su *necesidad excesiva de atención.* Pueden molestarse y actuar en forma impulsiva cuando no se les da la atención que piensan que merecen. Tales personas pueden usar gestos

Cuadro 19.4 Características del trastorno de personalidad histriónica

Búsqueda de atención excesiva
Emociones excesivas e intensas
Provocación sexual
Opiniones superficiales
Sugestibilidad
Necesidad intensa de atención

Pensamientos o creencias típicos asociados con la personalidad histriónica

"¡Oye, mírame!"
"Soy más feliz cuando soy el centro de atención."
"El aburrimiento es el infierno."
"Por lo general sigo mi intuición, no tengo que pensar mucho en las cosas."
"Puedo divertir, impresionar o entretener a cualquiera, sobre todo porque soy muy interesante y emocionante."
"Si me dan ganas de hacer algo, sigo adelante y lo hago."

suicidas y amenazas para obtener la atención de otros y manipularlos para que cuiden de ellos. Su seducción puede ponerlos en riesgo de convertirse en víctimas sexuales. Otras dificultades sociales surgen de su estilo emocional superficial. Es decir, anhelan la excitación y la novedad y, aunque pueden comenzar relaciones o proyectos con gran entusiasmo, su interés no dura mucho. Pueden renunciar a ganancias a largo plazo para dar lugar a la excitación al corto.

El cuadro 19.4 enumera las características principales del trastorno de personalidad histriónica junto con las creencias y pensamientos típicos que podrían tener las personas con es-

Aplicación

Un *caso de trastorno de personalidad histriónica*. Roxann era una estudiante que también trabajaba en las noches como bailarina en un club para adultos. Le decía a la gente que esto era temporal y que era diferente de las otras mujeres que trabajaban ahí. Sin embargo, admitía enseguida que el trabajo satisfacía sus dos necesidades más importantes: dinero y atención, "dos cosas sin las que no puedo vivir". Roxann decidió tomar algunos cursos de psicología para automejora. De manera típica se presentaba a clases vestida en forma muy provocativa y parecía fuera de lugar aun entre estudiantes de su propia edad. Una vez fue a la oficina de su profesor aunque al parecer no tenía ninguna pregunta directa que discutir. En cambio, tan sólo parecía desear hablar sobre sí misma y su trabajo extracurricular. Después de esta reunión, se le oyó diciéndole a otros estudiantes que se tuteaba con su profesor y que en realidad era un buen amigo de ella. En clase, con frecuencia se comportaba en formas que atraían la atención hacia ella, como suspirar fuerte cuando el profesor hacía una observación, o dar respuestas a preguntas retóricas. Hacia el final del curso, Roxann dejó de ir a clases y no presentó el último examen. Le escribió un correo electrónico al profesor, diciendo que había estado padeciendo una condición debilitante y que con frecuencia tenía que acostarse para evitar desmayarse. Dijo que había visto a varios doctores, pero que ninguno fue capaz de encontrar ninguna base médica para su condición. El profesor no volvió a saber nada de ella.

te trastorno. Como con todos los criterios para los trastornos de personalidad, los estándares para el comportamiento apropiado difieren en gran medida entre culturas, generaciones y géneros. Por consiguiente, debemos preguntar si comportamientos específicos causan deterioro o angustia social antes de concluir que sean señales o síntomas de trastorno de personalidad histriónica. Por ejemplo, el comportamiento que se considera seductor en una cultura puede ser visto como un comportamiento aceptable en otra. Una mujer de la costa sur de Italia puede parecer coqueta en Estados Unidos cuando, de hecho, en su cultura las personas son mucho más amigables y relajadas entre sí, y coquetear en broma es una forma de interacción común. Considere también la cultura del género. La expresión del trastorno de personalidad histriónica puede depender de estereotipos de género. Un hombre con esta personalidad puede comportarse de un modo "hipermacho" e intentar ser el centro de atención jactándose de sus habilidades de seducción o de cuánta influencia y poder tiene en su lugar de trabajo. Una mujer con el estilo histriónico puede expresarlo con hiperfeminidad, buscando ser el centro de atención al adornarse con ropas brillantes y sensuales y usando demasiados accesorios y maquillaje llamativos.

Trastorno de personalidad narcisista

El **trastorno de personalidad narcisista** consiste en una *necesidad intensa de ser admirado,* un sentido intenso de *vanidad* y una *falta de perspicacia respecto a los sentimientos de otras personas.* Los narcisistas se ven a sí mismos bajo una luz muy favorable, inflando sus logros y subestimando el trabajo de otros. Estos sujetos sueñan despiertos sobre la prosperidad, la victoria, la influencia, la adoración de otros y el poder. De manera rutinaria esperan la adulación de los demás, creyendo que el homenaje debería haberse efectuado mucho antes. Exhiben sentimientos de *tener derecho,* creyendo que deberían recibir privilegios especiales y respeto, aun cuando no hayan hecho nada en particular para ganarse ese trato especial.

Un sentido de *superioridad* también impregna la personalidad narcisista. Sienten que son especiales y que sólo deberían asociarse con otros que son únicos o dotados de igual manera. Debido a que se asocian con personas especiales, sus propias opiniones sobre sí mismos son reforzadas más. Dicha persona puede insistir en tener el mejor abogado o asistir a la mejor universidad, viéndose a sí mismo como único; diferente de todos y mejor que los demás.

Los sujetos con esta personalidad esperan mucho de quienes los rodean. Deben recibir elogios regulares de los demás y la admiración devota de los que están cerca de ellos. Muchas personas narcisistas prefieren como amigos a aquellos que son débiles o impopulares desde el punto de vista social, de modo que no competirán con los narcisistas por la atención. Sin embargo, la **paradoja narcisista** es que, aunque los narcisistas parecen tener una autoestima alta, *su autoestima en realidad es bastante frágil.* Es decir, aun cuando parecen seguros de sí mismos y fuertes, necesitan recibir la admiración y la atención de otros. Podría pensar que alguien con una autoestima en verdad alta no tendría una necesidad irrazonable del elogio y la admiración de otros. Sin embargo, cuando los narcisistas se muestran en una fiesta esperan ser bienvenidos con grandes fanfarrias. Si van a un restaurante o tienda, asumen que los meseros o dependientes se apresurarán a atenderlos. Los narcisistas dependen de otros para verificar su sentido de vanidad.

Los narcisistas requieren de la admiración excesiva de otros para confirmar su sentido grandioso de vanidad. Decir que la autoestima es vulnerable no significa que estén disimulando una autoestima baja, sino más bien que pueden montar en cólera cuando no obtienen lo que piensan que merecen. Su autoestima está desarrollada por completo y es real; los narcisistas esperan en forma plena que los demás reconozcan lo especiales, únicos y superiores que son, aun en ausencia de cualquier evidencia objetiva de que sean especiales, únicos o superiores. Su "vulnerabilidad" se exhibe como una especie de sensibilidad susceptible y erizada, similar a los berrinches y pucheros infantiles. Tales reacciones indican un sentido inflado de autoestima que no conoce límites.

Otro comportamiento que hace difícil desde el punto de vista social al narcisista es una *incapacidad para reconocer las necesidades o deseos de otros.* En conversaciones, tienden a

Cuadro 19.5 Características del trastorno de personalidad narcisista

Necesidad de ser admirado

Sentido intenso de vanidad

Falta de perspicacia sobre los sentimientos y necesidades de otras personas

Sentido de tener derecho

Sentido de superioridad

Autoestima que parece fuerte pero que en realidad es frágil

Envidia de otros

Pensamientos o creencias típicos asociados con la personalidad narcisista

"Soy especial y merezco un tratamiento especial."

"Las reglas típicas en realidad no se aplican a mí."

"Si otros no me dan el elogio y reconocimiento que merezco, deberían ser castigados."

"Otras personas deberían cumplir mis órdenes."

"¿Quién eres *tú* para criticarme a *mí*?"

"Tengo motivos para esperar que obtendré lo mejor que la vida tiene para ofrecer."

hablar sobre todo sobre sí mismos: "Yo" esto y "mí" aquello. Los narcisistas tienden a usar pronombres de primera persona (*yo, mí, mío*) con más frecuencia en la conversación cotidiana que la persona promedio (Raskin y Shaw, 1987). Los psicólogos Richard Robins y Oliver John (1997) han encontrado que las personas que obtienen puntuaciones altas en un cuestionario de narcisismo evalúan su desempeño en forma mucho más positiva que cuando dicho desempeño es evaluado por otros, lo que demuestra el componente de automejora del narcisismo. Las personas que están en una relación con un narcisista con frecuencia se quejan de que éstos son egocéntricos, fríos en lo emocional y que no están dispuestos a corresponder en las concesiones mutuas normales de una relación.

Una última dificultad social que crea problemas para los narcisistas es la facilidad con la que se vuelven *envidiosos de otros*. Cuando escuchan del éxito o logros de conocidos, los narcisistas pueden menospreciar dicho logro. Pueden sentir que merecen el éxito más que la persona que trabajó para conseguirlo. Los narcisistas desdeñan los logros de otros, en particular en público. Una apariencia de esnobismo puede ocultar sentimientos intensos de envidia y rabia por los éxitos de otros.

El cuadro 19.5 enumera las características principales del trastorno de personalidad narcisista, junto con ejemplos de algunas creencias y pensamientos típicos que podrían tener las

Ejercicio

Todos conocemos a alguien que es narcisista. Piense en la persona más narcisista que conozca. Enumere cinco de sus características o comportamientos que lo hacen pensar que esta persona es narcisista. ¿En qué forma corresponden los actos y características que ha enumerado con los síntomas del trastorno de personalidad narcisista?

personas con este trastorno. Los narcisistas en ocasiones alcanzan posiciones de logro alto, debido sobre todo a su seguridad en sí mismos y ambición. No obstante, su vida interpersonal por lo general está llena de problemas que vienen con sentimientos de tener derecho, una necesidad excesiva de elogios y reconocimientos y una falta de interés por las necesidades de otros. Tienen dificultad para mantener relaciones íntimas.

El núcleo excéntrico: formas de ser diferentes

Un segundo núcleo de trastornos de personalidad contiene rasgos que se combinan para hacer a las personas incómodas desde el punto de vista social y diferentes por completo. La mayor parte de la excentricidad en estos trastornos tiene que ver con la forma en que la persona interactúa con otros. Ciertas personas no tienen interés en nadie; algunos se sienten en exceso incómodos con los demás, y otros son recelosos de todos. Cuando son llevados a los extremos, estos estilos interpersonales forman los tres trastornos de personalidad conocidos como personalidades esquizoide, esquizotípica y paranoide.

Los **trastornos de personalidad esquizoide** y **esquizotípica** tienen su raíz en la esquizofrenia y están vinculadas en forma estrecha a la historia de esta categoría diagnóstica. La esquizofrenia como término significa de manera literal una separación de la mente de sí misma y de la realidad. Es una enfermedad mental grave que incluye alucinaciones, delirios y aberraciones perceptivas. Los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípica exhiben algunos síntomas de esquizofrenia no psicóticos y de grado menor. Por ejemplo, el esquizotípico es excéntrico y está interesado en creencias extrañas e inusuales, mientras que el esquizoide exhibe apatía social. Los esquizofrénicos exhiben ambas características, *además* de delirios o alucinaciones. Por tanto, estos trastornos de personalidad tienen mucho en común con esta enfermedad mental más grave. En el caso de los trastornos esquizotípicos, las personas con el trastorno tienen probabilidad de poseer el genotipo que los hace vulnerables a la esquizofrenia. Una gran proporción de los miembros de la familia de personas con esquizofrenia

Aplicación

El caso de Roger, un asistente de investigación esquizoide. Roger era un estudiante de licenciatura que se había ofrecido como voluntario para ayudar en el laboratorio de uno de sus profesores de psicología. Era responsable, llegaba a tiempo y hacía el trabajo que se le encargaba. Sin embargo, parecía desconectado de éste, sin emocionarse nunca o parecer siquiera interesado, aunque se ofreció a laborar como voluntario por varios semestres. Roger trabajaba con frecuencia en el laboratorio por la noche. En varias ocasiones, algunos de los estudiantes graduados se quejaron con el profesor de que Roger "se les quedaba viendo fijamente". Cuando se les presionó para que dieran detalles, estos estudiantes dijeron que, cuando dejaban las puertas de sus oficinas abiertas, en ocasiones volteaban y encontraban a Roger parado en la entrada, viéndolos. Varias estudiantes graduadas se quejaron de que era "escalofriante" y mantenían las puertas de sus oficinas cerradas.

Roger vivía con su hermano menor, quien también asistía a la misma universidad. Al parecer el hermano manejaba todos los quehaceres cotidianos, como tratar con el propietario, comprar los comestibles y contratar los servicios públicos. Roger tenía una vida muy protegida y pasaba la mayor parte de su tiempo estudiando, leyendo o explorando en Internet. En clase, nunca hablaba ni participaba en la discusión. Fuera de ésta, al parecer no tenía amigos ni colaboraba en ninguna actividad extracurricular. El profesor para el que trabajaba pensó que podía estar bajo medicación pero, después de investigar, se enteró que Roger no tomaba medicamentos. Después de graduarse como licenciado en psicología, Roger regresó a vivir con sus padres. Remodeló el espacio arriba de la cochera de sus padres y ha estado viviendo ahí, sin pagar renta, durante 15 años. Cada algunos años, llama al profesor de psicología para el que solía trabajar. Las conversaciones siempre son muy cortas y nunca parecen tener sentido.

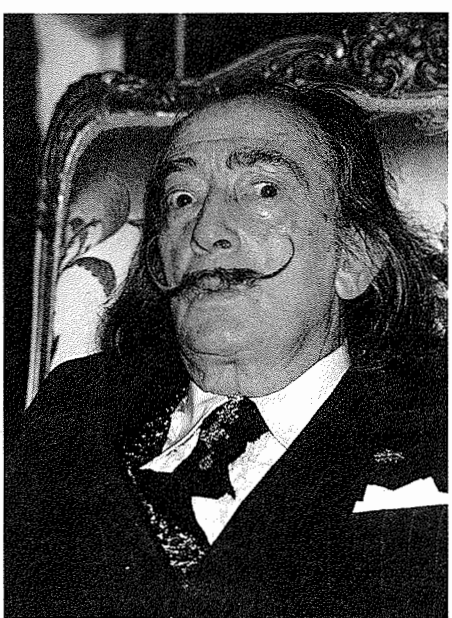
exhiben comportamientos extraños e inusuales que contribuirían a un diagnóstico de trastorno de personalidad esquizotípica.

Trastorno de personalidad esquizoide

La personalidad esquizoide está separada (escindida), o *distanciada de las relaciones sociales normales.* La persona esquizoide tan sólo parece no tener necesidad o deseo de relaciones íntimas o siquiera amistades. La vida familiar por lo general no significa mucho para estas personas, y no obtienen satisfacción de ser parte de un grupo. Tienen pocos amigos cercanos o ninguno, y más bien pasan tiempo consigo mismos que con otros. De manera típica escogen pasatiempos que pueden hacerse y apreciarse solos, como coleccionar estampillas. También de manera típica eligen trabajos solitarios, con frecuencia con tareas mecánicas o abstractas, como maquinistas o programadores de computadoras. Por lo general, la personalidad esquizoide experimenta *poco placer* con las experiencias corporales o sensoriales, como comer o tener sexo. La vida emocional de la persona está restringida de manera típica.

A lo más, la persona esquizoide parece indiferente a otros, ni molesta por las críticas ni animada por los cumplidos. "Sosa" sería una descripción de la vida emocional de una persona así. Con prevalencia, la persona esquizoide no responde a claves sociales y, así, parece *inepta* o *torpe desde el punto de vista social.* Por ejemplo, una persona así puede entrar a una habitación donde se encuentra alguien más y tan sólo mirarlo fijamente, al parecer sin estar motivada para comenzar una conversación. En ocasiones la persona esquizoide es *pasiva* frente a sucesos desagradables y no responde en forma efectiva a sucesos importantes. Tal persona puede parecer carente de dirección.

Las personas de algunas culturas reaccionan al estrés en una forma que se parece al trastorno de personalidad esquizoide. Es decir, sin tener en realidad el trastorno, ciertos sujetos bajo estrés pueden parecer entumecidos y pasivos desde el punto de vista social. Por ejemplo, las personas que se mudan de ambientes rurales extremos a ciudades grandes pueden reaccionar en una forma esquizoide por varias semanas o meses. Dicha persona, abrumada por los ruidos, las luces y la sobrepoblación, puede preferir estar sola, restringir sus emociones y manifestar otras deficiencias en las habilidades sociales. Además, las personas que inmigran de otros países en ocasiones son vistas como frías, reservadas o distantes. Por ejemplo, quienes inmigraron a Estados Unidos del sudeste de Asia durante las décadas de los setenta y los ochenta en ocasiones eran vistas como hostiles o frías por las personas de la corriente principal de la cultura estadounidense urbana. Éstas son diferencias culturales y no deberían interpretarse como trastornos de personalidad.



El famoso pintor surrealista Salvador Dalí exhibía muchas de las características asociadas con el trastorno de personalidad esquizotípica.

Trastorno de personalidad esquizotípica

Mientras la persona esquizoide es indiferente a la interacción social, la esquizotípica está incómoda en forma aguda en las relaciones sociales. Los esquizotípicos están *ansiosos en situaciones sociales,* en especial si éstas incluyen extraños. Las personas esquizotípicas también sienten que son diferentes de los demás o que no encajan en el grupo. De manera interesante, cuando estas personas tienen que interactuar con un grupo, no necesariamente se vuelven menos ansiosas conforme se familiarizan con éste. Por ejemplo, mientras asisten a una función de grupo, los esquizotípicos no se pondrán menos ansiosos con-

forme pasa el tiempo sino, en cambio, se pondrán cada vez más tensos. Esto se debe a que los esquizotípicos tienden a ser *suspicaces de otros* y no son propensos a confiar en los demás o a relajarse en su presencia.

Otra característica de las personas con personalidades esquizotípicas es que son *extrañas* y *excéntricas*. No es inusual que abriguen muchas supersticiones como creer en la percepción extra sensorial PES y en muchos otros fenómenos psíquicos o paranormales que están fuera de las normas para su cultura. Pueden creer en la magia o en que poseen algún poder mágico o extraordinario, como la capacidad para controlar a otras personas o animales con sus pensamientos. Pueden tener *percepciones inusuales* que lindan en alucinaciones, como sentir que otros las observan o escuchar murmullos que suenan como sus nombres.

Debido a su suspicacia hacia los demás, la incomodidad social y la excentricidad general, las personas esquizotípicas tienen dificultad con las relaciones sociales. Con frecuencia violan las convenciones sociales comunes en formas tales como no hacer contacto ocular, vestirse con ropas desaliñadas y usar atuendos que no combinan. En muchas formas, el esquizotípico tan sólo no encaja en el grupo social.

Debido a su semejanza en función de la evitación de las relaciones sociales, las características de los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípico se presentan juntas en el cuadro 19.6. También se enumeran algunas creencias y pensamientos, en su mayor parte relacionados con otras personas, que caracterizan a los sujetos con estos trastornos.

Mason, Claridge y Jackson (1995) publicaron un cuestionario para evaluar rasgos esquizotípicos y lo validaron en varios grupos ingleses. Una de las escalas contiene reactivos que detectan la presencia de *experiencias inusuales:* ¿En ocasiones sus pensamientos son tan fuer-

Cuadro 19.6 Características de los trastornos de personalidad esquizoide y esquizotípica

Esquizoide

Distanciado de las relaciones sociales normales

Vida carente de placer

Inepto o torpe desde el punto de vista social

Pasivo frente a sucesos desagradables

Esquizotípica

Ansioso en relaciones sociales y evita a la gente

"Diferente" y no conformista

Suspicaz de los otros

Excentricidad de creencias, como en la percepción extra sensorial PES o la magia

Percepciones y experiencias inusitadas

Pensamientos y discurso desorganizado

Pensamientos o creencias típicos asociados con las personalidades esquizoide y esquizotípica

"Odio estar atado a otras personas."

"Mi privacidad es más importante para mí que estar cerca de otros."

"Es mejor no confiar demasiado en otros."

"Las relaciones siempre son un lío."

"Me las arreglo mejor por mi cuenta y establezco mis propios estándares."

"Las relaciones íntimas no son importantes para mí."

tes que casi puede escucharlos? ¿En ocasiones tiene la sensación de ganar o perder energía cuando ciertas personas lo ven o lo tocan? ¿Es usted tan bueno para controlar a otros que en ocasiones lo asusta? Otra escala contiene reactivos que evalúan la *desorganización cognoscitiva:* ¿Alguna vez ha sentido que su habla es difícil de entender debido a que las palabras están mezcladas y no tienen ningún sentido? ¿Con frecuencia tiene dificultad para comenzar a hacer las cosas? Otro conjunto de reactivos mide la *tendencia a evitar a las personas:* ¿Es usted demasiado independiente como para involucrarse en realidad con las personas? ¿Por lo general puede permitirse ir a una fiesta y disfrutarla? Y, por último, hay una escala para evaluar el aspecto de la *inconformidad* de la esquizotipia: ¿Con frecuencia siente como que hace lo opuesto de lo que sugiere la gente, aun cuando sabe que tiene razón? ¿Tomaría drogas que podrían tener efectos extraños o peligrosos?

Muchas personas famosas han sido extrañas o excéntricas. Artistas (por ejemplo, Salvador Dalí), escritores (por ejemplo, Tennessee Williams), músicos, estrellas de cine e incluso políticos han exhibido algunos comportamientos bastante excéntricos. ¿Puede pensar en ejemplos de figuras públicas que hayan exhibido creencias o acciones extrañas en fechas recientes? ¿Corresponderían con el resto de las características de la personalidad esquizotípica?

Trastorno de personalidad paranoide

Mientras el esquizotípico está incómodo con los demás, la persona paranoide es en extremo *desconfiada de otros* y los ve como una amenaza constante. Tales personas asumen que otros están fuera para explotarlos y engañarlos, aun cuando no haya una buena evidencia para apoyar esta suposición. Las personas paranoides sienten que han sido heridos por otros y están preocupados por las dudas acerca de las motivaciones de los demás.

Las personas con esta personalidad de manera típica no revelan información personal a otros, temiendo que ésta será usada contra ellas. Su reacción ante otros es "Ocúpate de tus propios asuntos". La persona paranoide a menudo *malinterpreta los eventos sociales.* Por ejemplo, alguien hace un comentario descortés y el paranoide lo interpreta como un comentario humillante o amenazador (como preguntándose, "¿Qué quieres decir con *eso*?"). Los paranoides están en busca constante de significados ocultos y motivaciones disimuladas en los comentarios y comportamientos de otros.

La persona con un **trastorno de personalidad paranoide** frecuentemente tiene *resentimientos hacia otros* por desaires o insultos percibidos. Dicha persona es reacia a olvidar y perdonar incluso altercados menores. Los sujetos paranoides muchas veces se ven envueltos en disputas legales, demandando a otros por las razones más nimias. En ocasiones las personas paranoides le ruegan a aquellos que están en el poder que intervengan en su nombre, como al escribir a su diputado o llamar al jefe de policía local día tras día.

Los *celos patológicos* son una manifestación común del trastorno de personalidad paranoide. Por ejemplo, una mujer con celos patológicos sospecha que su esposo o pareja es infiel, aun cuando no haya evidencia objetiva de infidelidad. Hacen lo imposible por encontrar apoyo para sus creencias celosas. Pueden restringir las actividades de su pareja o cuestionarlo en forma constante respecto a su paradero. Puede no creer las explicaciones de su pareja de cómo pasó el tiempo ni creer sus afirmaciones de fidelidad.

Las personas con trastorno de personalidad paranoide están en riesgo de dañar a aquellos que amenazan sus sistemas de creencias. Su *naturaleza argumentativa y hostil* puede provocar una respuesta combativa en otros. Esta respuesta hostil de otros, a su vez, valida la suspicacia original de los paranoides de que los demás los quieren atrapar. Su suspicacia ex-

Un acercamiento detallado

El Unabomber: comorbidez de los trastornos de personalidad

En 1996, Theodore Kaczynski fue arrestado por asesinato en una larga línea de bombardeos. Había estado enviando bombas por correo a profesores universitarios y científicos desprevenidos (de ahí el nombre clave que le asignó el FBI: Unabomber) durante 17 años. Aunque muchos de sus objetivos eran científicos de computación, hirió a un profesor de psicología con una bomba por correo (el profesor James McConnell de la Universidad de Michigan). La policía sabía que todas las bombas provenían de la misma persona, pero no tenían idea de sus motivos o por qué su objetivo eran profesores universitarios. Después de un periodo de 17 años de matar en forma anónima y mutilar a distancia, decidió aclarar la naturaleza de sus quejas. Envió varias cartas burlonas al FBI, y un largo manifiesto incoherente al *Washington Post* y a *The New York Times*, los cuales publicaron su ira contra la tecnología y la sociedad moderna. Ésta fue su perdición. El hermano de Kaczynski reconoció la naturaleza de las quejas en su manifiesto, y notificó a la policía, la cual lo arrestó en su cabaña aislada de 3.00 a 3.60 metros en Montana.

El artículo de una reportera, Maggie Scarf, publicado en la revista *The New Republic* (10 de junio de 1996, p. 20), presenta su opinión de que lo más probable es que Ted Kaczynski tuviera un trastorno de personalidad narcisista. Scarf usó la descripción del *DSM-IV* del trastorno narcisista para explicar el comportamiento de Kaczynski. Por ejemplo, cuando estudiaba la licenciatura en Harvard se aislaba en forma tan extensa que ninguno de sus compañeros de clases podía recordar nada sobre él. Se veía a sí mismo como un genio incomprendido al que el mundo reconocería un día. Como estudiante de posgrado en matemáticas en la Universidad de Michigan se aisló aún más. Es probable que en su aislamiento nutriera fantasías de prestigio y poder y venganza de aquellos que rehusaron elogiarlo. Como un joven profesor de matemáticas prometedor en la Universidad de California en Berkeley, de pronto abandonó su puesto como docente en 1969. Nadie, al parecer, reconocía su superioridad. Las personas no se daban cuenta, como él, de que poseía un intelecto fenomenal y una visión superior de la forma en que funcionaba todo. Sus colegas eran tontos, debe haber concluido porque no podían ver su superioridad obvia. Sus estudiantes, sin embargo, también se quejaban en voz alta de su estilo de enseñanza. En sus evaluaciones del curso indicaron que sus clases eran aburridas e inútiles y que ignoraba las preguntas de los estudiantes. Es probable que Kaczynski concluyera que ellos también debían ser tontos.

Scarf afirma que, cuando Kaczynski atacó a la sociedad, en realidad estaba diciendo, "Soy especial y merezco su respeto". Cuando comenzó a burlarse de la policía para que intentara capturarlo en realidad estaba diciendo, "Soy tan extraordinario que opero con impunidad, ustedes no han sido capaces de atraparme por 17 años y nunca lo harán". Por último, cuando le entregó su manifiesto al mundo, en realidad estaba diciendo, "Es mejor que se den cuenta de que están tratando con alguien sin precedentes en la historia de la raza humana. Soy tan listo y poderoso e inteligente que les diré cuáles son los problemas con el mundo y cómo arreglarlos, y si ignoran mis órdenes lo harán bajo su propio riesgo". Su manifiesto rimbombante entero se encuentra con facilidad en la World Wide Web introduciendo "Unabomber" en un motor de búsqueda.

Scarf es una periodista, no una psicóloga, así que su diagnóstico se basa en su especulación. Kaczynski desde luego tiene algunas características del trastorno de personalidad narcisista, pero la mayoría de los narcisistas no son asesinos en serie. ¿Qué otras claves posibles podríamos tener de su comportamiento anormal? Resulta que el texto entero del informe sobre Ted Kaczynski de la psiquiatra nom-

El ex profesor de matemáticas de la Universidad de California en Berkeley Theodore Kaczynski fue encontrado culpable de varios de los ataques del "Unabomber", los cuales ocurrieron durante un periodo de 17 años. Kaczynski exhibe características asociadas con diversos trastornos de personalidad.

brada por el tribunal se encuentra en la web: http://archive.abcnews.go.com/sections/living/InYourHead/kaczynskievaluation4.html. Este informe, preparado por la psiquiatra nombrada por el gobierno Sally Johnson, proporciona otra perspectiva sobre Kaczynski. Mientras estaba en Harvard, Kaczynski participó en un estudio de Henry Murray, de quien se habló en el capítulo 11. Los resultados de la prueba de personalidad de sus días de estudiante de licenciatura en Harvard indican que era introvertido en extremo y algo depresivo, aun a esa edad tan joven. Durante su evaluación psicológica 30 años después, el hallazgo principal fue que padecía de esquizofrenia, tipo paranoide, la cual es una enfermedad mental grave. Sin embargo, también tenía un CI de 136, lo cual lo colocaba en 10% superior de la población. En cuanto a los trastornos de personalidad, la psiquiatra concluyó que Kaczynski tenía trastorno de personalidad paranoide junto con muchas características de los trastornos de personalidad evitativa y antisocial. La siguiente es una cita de su informe oficial:

También se diagnostica que el señor Kaczynski padece de un trastorno de personalidad paranoide con características evitativas y antisociales. La revisión de su historia de desarrollo, adolescencia y vida adulta temprana traza un panorama consistente con la sintomatología asociada con este tipo de trastorno de personalidad. De manera consistente con este tipo de función trastornada de la personalidad, el señor Kaczynski ha mostrado desde un punto de vista histórico una desconfianza penetrante de otros de tal manera que sus motivos son interpretados como malévolos. Los síntomas consistentes con los trastornos de personalidad paranoide que son evidentes en la presentación del señor Kaczynski incluyen que sospecha, sin base suficiente, que otros lo están explotando, dañando o engañando; que lee significados humillantes o amenazadores en comentarios o sucesos benignos; que de manera persistente guarda rencores y no perdona los insultos, injurias o desaires; y que percibe ataques a su carácter o reputación que no son evidentes para otros, y reacciona con rapidez en forma iracunda o para contraatacar.

Además de cumplir los criterios para el trastorno de personalidad paranoide, el señor Kaczynski también tiene características de otros dos tipos de trastorno de personalidad. El apoyo para los rasgos de trastorno de personalidad evitativa incluye que ha demostrado un patrón penetrante de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a las evaluaciones negativas, comenzando al inicio de su vida. Consistente con esto, ha mostrado restricción dentro de las relaciones íntimas debido a su miedo de ser avergonzado o ridiculizado; ha estado preocupado por ser criticado o rechazado en situaciones sociales; y es inhibido en relaciones interpersonales nuevas debido a sus sentimientos de inadecuación. Consistentes con los rasgos del trastorno de personalidad antisocial está el patrón penetrante de indiferencia y violación de los derechos de los demás. Esto incluye su falla en conformarse con las normas sociales con respecto a comportamientos lícitos, como lo indican la realización repetida de actos que ameritan arresto. Esta descripción se basa en su propio relato de su comportamiento en sus escritos y entrevistas. También es consistente con sus rasgos de personalidad antisocial la característica de engaño, como lo indican sus esfuerzos persistentes y elaborados para ocultar sus comportamientos. También demuestra una falta de remordimiento como se lee en sus escritos al ser indiferente al hecho de haber herido, maltratado o robado a otros. El señor Kaczynski no alcanza el diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial porque no tiene evidencia de un trastorno de conducta antes de los 15 años de edad.

(Extracto del informe de Sally C. Johnson, M.D., Psiquiatra en Jefe, Encargada Asociada de los Servicios de Salud, Institución Correccional Federal, Butner, Carolina del Norte, enero de 1996.)

Kaczynski muestra características de cuatro trastornos de personalidad diferentes, con el trastorno de personalidad paranoide siendo el trastorno de personalidad prominente. Este trastorno ocurrió junto con esquizofrenia paranoide, la cual implicaba delirios y sistemas de creencias complicados. La presencia de dos o más trastornos en una persona se llama **comorbidez**. La comorbidez puede ocurrir cuando existen dos o más trastornos de personalidad, o cuando dos o más trastornos de cualquier tipo coexisten en la misma persona. La comorbidez es bastante común, y dificulta el diagnóstico de los trastornos.

trema y la irracionalidad de sus creencias hacen que las personas con este trastorno sean difíciles en particular en las relaciones sociales. El cuadro 19.7 presenta las características principales del trastorno de personalidad paranoide, junto con algunos ejemplos de creencias y pensamientos que se encuentran por lo común entre personas con este trastorno.

El núcleo ansioso: formas de ser nerviosos, temerosos o angustiados

El núcleo final de rasgos de personalidad consiste en patrones de comportamiento que están dirigidos a evitar la ansiedad. Los trastornos en este núcleo, como todos los demás, ilustran la **paradoja neurótica**: aunque un patrón de comportamiento resuelve de manera

Cuadro 19.7 Características del trastorno de personalidad paranoide

Desconfía de otros
Malinterpreta los eventos sociales como amenazadores
Abriga resentimientos hacia otros
Es propenso a los celos patológicos
Es discutidor y hostil

Pensamientos o creencias típicos asociados con la personalidad paranoide
"Atrápalos antes de que te atrapen a ti."
"Otras personas siempre tienen motivos ocultos."
"Las personas dirán una cosa pero harán otra."
"No dejes que se escapen con algo."
"Tengo que estar en guardia todo el tiempo."
"Cuando las personas actúan en forma amistosa hacia ti, es probable que se deba a que desean algo. ¡Cuidado!"

exitosa un problema para la persona, puede crear o mantener otro problema de igual o mayor gravedad.

Trastorno de personalidad evitativa

La característica principal del **trastorno de personalidad evitativa** es un *sentimiento de inadecuación* penetrante y *sensibilidad a la crítica* de otros. Es evidente que a nadie le gusta ser criticado. Sin embargo, las personas evitativas harán lo imposible por evitar situaciones en las que otros puedan tener oportunidades para criticar su desempeño o carácter, como la escuela, el trabajo o en otros escenarios de grupo. La razón principal para esta ansiedad respecto al desempeño es un miedo extremo a la crítica o al rechazo de los demás. Estas personas pueden evitar hacer nuevos amigos o ir a lugares diferentes, por miedo a la crítica o la desaprobación. Los amigos pueden tener que rogar y prometer un apoyo total y aliento a fin de conseguir que participen en actividades nuevas.

Aplicación

El caso de Ellen, estudiante universitaria evitativa. Ellen es una estudiante universitaria de 21 años de edad quien había acudido a la clínica psicológica de la universidad con la queja general de que estaba incómoda en escenarios sociales. Debido a que ella es tan tímida y nerviosa, mantiene su contacto con otros al mínimo. Está inquieta por el comienzo de las clases el próximo semestre y tener que estar en los salones con completos extraños. Se preocupa en especial por sus cursos de psicología, donde "podrían averiguar que estoy loca". Agrega, "Van a pensar que soy una idiota disfuncional porque soy tan tímida y me da pánico la sola idea de hablar frente a un grupo de extraños". Añade que está pensando en cambiar su carrera de psicología a ciencias de la computación. Aunque es curiosa acerca de la gente y, por tanto, le gusta la psicología, no obstante se siente torpe entre ellos. Piensa que es mucho más fácil llevarse bien con las computadoras.

Ellen reporta que, cuando era niña, otros niños se burlaban de ella sin misericordia en su escuela. Recuerda haberse retraído de los demás más o menos en esa época de su vida. Dice que en la escuela primaria trataba de hacerse pequeña y no llamar la atención, de modo que los demás no la notaran. Cuando adolescente, tomó algunos empleos de niñera, pero nunca tuvo un trabajo real. En la universidad, al parecer no tenía amigos, o al menos no pudo nombrar alguno. Dice que tiene miedo de no simpatizarle a otros "cuando averigüen cómo soy en realidad", así que evita el contacto social. De hecho, nunca hizo contacto ocular con el entrevistador en la clínica.

En la universidad, Ellen sigue un patrón de dejar que se acumule el trabajo, luego se esfuerza para hacerlo todo. Trata de hacer unos cuantos recados cada día, mantiene limpio su departamento y va a la tienda de abarrotes dos veces al mes. Describe su vida como "no muy feliz, pero al menos predecible". Le gusta explorar en Internet en la computadora de su casa. Dice que disfruta de entrar a los salones de charla en Internet pero, cuando se le presionó sobre esto, confesó que sólo observaba y que nunca había interactuado en realidad con alguien a través de Internet. Le gustaba permanecer en el fondo, observando a otros interactuar: "Cuando ni siquiera saben que estoy ahí, entonces puedo estar segura de que no se están riendo de mí".

Debido a que las personas evitativas temen la crítica, pueden *restringir sus actividades* para evitar vergüenzas potenciales. Por ejemplo, un hombre evitativo puede cancelar una cita a ciegas en el último minuto porque no puede encontrar la ropa adecuada. Los individuos evitativos afrontan la ansiedad evitando los riesgos de la vida social cotidiana. Sin embargo, al evitar la ansiedad, crean otros problemas, con frecuencia en la forma de oportunidades perdidas. Además, los individuos evitativos son vistos por otros de manera típica como sumisos, callados, tímidos, aislados y solitarios.

Las personas evitativas son sensibles a lo que otros piensen de ellos. Sus sentimientos son heridos con facilidad, y parecen vulnerables e inhibidos en interacciones sociales, ocultando sus propios puntos de vista, opiniones o sentimientos por temor a hacer el ridículo. De manera típica tienen una *autoestima muy baja* y se sienten inadecuados para muchos desafíos de la vida diaria. Debido a su aislamiento social, es típico que no tengan muchas fuentes de apoyo social. Aun cuando es común que deseen involucrarse con otros, y puedan incluso fantasear acerca de relaciones, tienden a evitar el contacto íntimo por su temor al rechazo y la crítica. La paradoja es que, al afrontar de manera evitativa su ansiedad social, rehuyen las relaciones de apoyo con personas cariñosas que podrían ayudar en realidad a reforzar su autoestima. El cuadro 19.8 presenta las características del trastorno de personalidad evitativa, junto con varios ejemplos de pensamientos y creencias que podrían ocurrir en alguien con este trastorno.

Trastorno de personalidad dependiente

Mientras que la persona evitativa elude a otros en extremo, la persona dependiente busca a otros en extremo. El **trastorno de personalidad dependiente** es una *necesidad excesiva de*

Cuadro 19.8 Características del trastorno de personalidad evitativa

Sentimientos de inadecuación

Sensible a la crítica

Las actividades se restringen para evitar la vergüenza

Autoestima baja

Pensamientos o creencias típicos asociados con la personalidad evitativa

"Soy inepto e indeseable desde el punto de vista social."

"Desearía agradarte, pero creo que en realidad me odias."

"No puedo soportar ser criticado; me hace sentir muy desagradable."

"Debo evitar situaciones desagradables a toda costa."

"No deseo atraer la atención sobre mí."

"Si ignoro un problema, desaparecerá."

ser cuidado, alimentado, mimado, y que le digan qué hacer. Las personas dependientes actúan en formas *sumisas,* para animar a otros a hacerse cargo de ellos o a hacerse cargo de la situación. Estos individuos necesitan mucho aliento y consejo de otros y con gusto cederían la responsabilidad de sus decisiones a alguien más. ¿Dónde deberían vivir, a qué escuelas deberían asistir, qué cursos deberían tomar, con quiénes deberían hacer amistad? La personalidad dependiente tiene gran dificultad para tomar tales decisiones, y *busca consuelo de otros.* Sin embargo, dicha persona tiende a buscar consejo incluso para decisiones menores, como si debe llevar paraguas hoy, qué color de ropa usar y qué plato fuerte ordenar en un restaurante. La persona dependiente *rara vez toma la iniciativa.*

Debido a su temor a perder la ayuda y consejo de otros, las personas dependientes *evitan los desacuerdos* con aquellos de quienes son dependientes. Debido a su necesidad extrema de apoyo, las personalidades dependientes podrían incluso estar de acuerdo con decisiones u opiniones que sienten que están mal para evitar hacer enojar a las personas de quienes dependen.

Debido a su baja seguridad en sí mismas y su necesidad de consuelo constante, las personas dependientes pueden *no trabajar bien en forma independiente.* Pueden esperar por otros para empezar proyectos o necesitar dirección a menudo durante una tarea. Pueden demostrar lo ineptos que son, o engañar a otros para que los ayuden. Pueden evitar volverse eficientes en una tarea, a fin de evitar que otros vean que son competentes para trabajar por sí solos. Es demasiado malo que una persona que depende de otros para resolver sus problemas pueda no aprender nunca las habilidades para vivir o trabajar en forma independiente.

Las personas con personalidades dependientes *pueden tolerar circunstancias extremas para obtener el consuelo y apoyo de otros.* Tales personas pueden someterse a demandas irrazonables, pueden tolerar el abuso o permanecer en una relación distorsionada. Los sujetos que creen que son incapaces de cuidarse a sí mismos pueden tolerar mucho abuso con el fin de mantener los lazos con personas que cuidarán de ellos. El aspecto desafortunado de la personalidad dependiente es que, al ceder la responsabilidad y depender de otros, las personas dependientes podrían no descubrir nunca que pueden cuidar de sí mismas. El cuadro 19.9 presenta las características principales del trastorno de personalidad dependiente, junto con creencias y pensamientos asociados que podrían tener las personas con este trastorno.

Cuadro 19.9 Características del trastorno de personalidad dependiente

Tiene una necesidad excesiva de ser cuidado
Es sumiso
Busca el consuelo de otros
Rara vez toma la iniciativa y rara vez está en desacuerdo con otros
No trabaja bien en forma independiente
Puede tolerar el abuso de otros para obtener apoyo

Pensamientos o creencias típicos asociados con la personalidad dependiente
"Soy débil y necesito apoyo."
"Lo peor que podría pasar sería ser abandonado y que me dejaran solo."
"No debo ofender a aquellos de los que dependo."
"Debo ser sumiso para obtener su ayuda."
"Necesito ayuda para tomar decisiones."
"Espero que alguien me dirá qué hacer."

Aplicación

Relaciones degradantes y abusivas: la salida. **Una táctica común para mantener a las personas en las relaciones es convencerlas de que nadie más las desearía. Esto se ve por lo común en los matrimonios disfuncionales, en los cuales, por ejemplo, el esposo degrada a la esposa en forma constante. Esta forma de abuso psicológico puede adoptar la forma de señalarle a cada momento sus defectos, insultando su apariencia o capacidades, o señalando sus debilidades. Con frecuencia, los hombres que están inseguros en sus relaciones, a los que les preocupa que sus parejas los dejen, tratarán de disminuir la autoestima de sus parejas, de modo que piensen que no pueden encontrar algo mejor. Algunos hombres recurren al abuso físico. Aunque la degradación y la violencia pueden ir de la mujer al hombre, el patrón más común es que el hombre degrade a la mujer.**

Después de pasar por periodos largos de degradación y abuso psicológico, muchas mujeres experimentan una disminución en la autoestima. Una mujer en esta situación puede comenzar a depender cada vez más del hombre para consuelo. Hará todo lo que pueda para evitar hacerlo enojar o que comience con una de sus andanadas de insultos. Ella no toma ninguna iniciativa en tomar decisiones acerca de la relación o los arreglos de vida y le cede toda autoridad a él. Si él la sorprende tomando la iniciativa, puede castigarla degradándola de nuevo. Ella lo tolera para obtener el consuelo mínimo y apoyo que su relación le da. Es más, ella ha sido persuadida con firmeza por él de que no podrá encontrar a alguien mejor. En esencia, él la golpea en forma psicológica para inducirla a la dependencia.

Las personas que están en una relación abusiva así, ya sea en forma psicológica o física, necesitan darse cuenta de que no tienen que tolerar tal tratamiento, que no son los seres humanos degradados que describen sus cónyuges. El primer paso es autorizarlos para tomar sus propias decisiones. Con prevalencia, la primera decisión es dejar a la persona abusiva e ir a un lugar seguro, como un albergue para mujeres o con un pariente protector. Tienen que darse cuenta de que pueden tomar la iniciativa. Con frecuencia, una vez que se ha tomado esta primera decisión, y la más difícil, otras serán más fáciles y las pondrán en el camino correcto para cuidar de su propia vida.

Trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva

La persona obsesiva-compulsiva *se preocupa por el orden* y *se esfuerza por ser perfecta.* La gran necesidad de orden puede manifestarse en la atención a los detalles por parte de la persona, sin importar cuán triviales sean, y la afición por las reglas, rituales, horarios y procedimientos. Tales personas pueden, por ejemplo, planear qué ropa usarán cada día de la semana o limpiar sus departamentos cada sábado y miércoles de las cinco a las siete de la tarde. Las personas con **trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva** *tienen estándares muy altos para sí mismas.* Sin embargo, pueden trabajar tan duro para ser perfectos, que nunca están satisfechos con su labor. Por ejemplo, un estudiante podría no entregar nunca un ensayo de investigación porque nunca está lo bastante perfecto. El deseo de perfección en realidad puede reducir la productividad de una persona.

Otra característica es una *devoción al trabajo a expensas de su tiempo libre y amistades.* Las personas obsesivas-compulsivas tienden a trabajar más duro de lo necesario. Pueden trabajar de noche y los fines de semana y rara vez se toman un descanso. En su libro sobre el desarrollo de la personalidad adulta, George Vaillant (1977) vio esto como una señal de adaptación mental positiva cuando sus sujetos adultos reportaron que tomaban al menos una semana de vacaciones al año. Los obsesivos-compulsivos tienden a no satisfacer este criterio de adaptación. Cuando se toman un tiempo libre para recreación, prefieren tareas serias, como coleccionar estampillas o jugar ajedrez. Para los pasatiempos, escogen tareas o actividades muy demandantes que requieran una gran atención a los detalles, como coser en punto de cruz o programación de computadoras. Incluso su juego se parece mucho a un trabajo.

Cuadro 19.10 Características del trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva

Preocupado por el orden

Perfeccionista

Devoto al trabajo, busca poco tiempo libre o amistades

Con frecuencia es avaro o tacaño

Rígido y obstinado

Pensamientos o creencias típicos asociados con la personalidad obsesiva-compulsiva

"Creo en el orden, las reglas y los estándares altos."

"Otros son irresponsables, despreocupados e inmoderados."

"Los detalles son importantes; los defectos y errores son intolerables."

"Mi manera es la única forma correcta de hacer las cosas."

"Si no puedes hacer algo perfecto, no lo hagas."

"Sólo dependo de mí mismo."

La persona obsesiva-compulsiva también puede parecer *inflexible* con respecto a la ética y la moral. Tales personas establecen principios elevados para sí mismos y tienden a seguir la ley al pie de la letra. Son muy escrupulosos y esperan que otros también sean de esa manera. Por lo general sólo hay una forma correcta de hacer algo: su manera. A menudo tienen problemas para trabajar con otros debido a que son reacios a delegar tareas; "Si quieres que algo se haga bien, tienes que hacerlo tú mismo" es una queja común de las personas obsesivas-compulsivas. Se irritan cuando otros no toman su trabajo tan en serio como ellas.

Otras cuantas características extrañas están presentes con prevalencia en la persona obsesiva-compulsiva. Una es la preferencia por aferrarse a cosas gastadas o inútiles; muchas personas obsesivas-compulsivas tienen problemas para deshacerse de las cosas. Muchas son *avaras o tacañas,* acaparando su dinero y recursos. Y, por último, junto con ser inflexibles, los obsesivos-compulsivos pueden ser *testarudos* en forma frustrante. Pueden insistir con obstinación, por ejemplo, en que no completan su trabajo debido a las imperfecciones de otros. Como podrá imaginar, es común que causen dificultades a otros en el lugar de trabajo. El cuadro 19.10 presenta las características esenciales del trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva, junto con algunas creencias y pensamientos típicos que caracterizan a las personas con este trastorno.

Muchas de las características de la personalidad obsesiva-compulsiva en realidad pueden ser adaptativas en algunos aspectos. Por ejemplo, desear realizar una tarea de la manera más perfecta posible, hasta cierto punto, es deseable y se recompensa. Mantener firmes las opiniones de uno, hasta cierto punto, es deseable e indica carácter. Mantener todo limpio y ordenado, hasta cierto punto, es útil. Y revisar las puertas, las ventanas y la estufa antes de salir de casa, si se hace una sola vez, es razonable. Sin embargo, ¿cómo se sabe cuando algunas de estas características y comportamientos indican una personalidad obsesiva-compulsiva? ¿Cómo saber la diferencia entre un nivel alto de escrupulosidad y el trastorno obsesivo-compulsivo? Se retomará este tema a continuación en nuestra exposición de los modelos dimensionales de los trastornos de personalidad.

Aplicación

El caso de Rita, una personalidad obsesiva-compulsiva. Rita, de 39 años de edad, era una programadora de computadoras que había estado casada durante 18 años. Siempre era ordenada y mantenía la casa muy limpia. Estaba tan limpia, de hecho, que ella notaba cuando los libros se encontraban en un orden equivocado en los libreros o si una chuchería se había movido de una mesa o de un anaquel. Aspiraba la casa todos los días, fuera necesario o no. Esto daba como resultado la necesidad de una aspiradora nueva casi cada año. Su esposo pensaba que esto era extraño, pero concluyó que tan sólo tenía un umbral bajo para lo que consideraba sucio. En forma constante lo fastidiaba o se enojaba con él porque no parecía preocuparse tanto como ella porque las cosas estuvieran limpias, pulcras y ordenadas. No tenían hijos porque, según Rita, los niños serían demasiado trabajo adicional para ella, y de seguro no podía contar con que su esposo hiciera algo bien en el cuidado de los hijos o de la casa. Además, los niños trastornarían el orden y la pulcritud de su vida.

Con los años, Rita aumentaba su lista de cosas que necesitaba hacer cada día, pero nunca quitó nada de la lista. Además de aspirar, agregó sacudir. Luego agregó limpiar los fregaderos con líquidos fuertes. Tenía que levantarse más temprano en las mañanas para hacer toda esta limpieza antes de trabajar.

Su jefe se quejaba constantemente de que ella era lenta. El jefe no apreciaba el hecho de que Rita verificara su trabajo una y otra vez antes de entregarlo. Rita también tenía dificultades para trabajar como parte de un equipo debido a que ninguno de los otros trabajadores cumplía sus estándares. No revisaban su trabajo con la suficiente frecuencia, pensaba ella, y eran descuidados e imprecisos. Su jefe al final tuvo que aislarla y darle trabajo independiente porque no podía llevarse bien con sus compañeros de trabajo.

Rita no tenía muchos amigos. Afirmaba no tener tiempo para amigos. Pasaba la mayor parte de su tiempo libre en casa, limpiando y organizando. También estaba obsesionada por revisar. Durante las pocas vacaciones que se permitía tomar con su esposo, las pasaba hablando sobre su casa: ¿habían cerrado todos los grifos en los fregaderos? ¿Habían cerrado el gas en la estufa? ¿Había recordado cerrar todas las ventanas? Considerándolo todo, su esposo concluyó que vacaciones separadas eran la mejor solución, aunque Rita le dijo que él no trabajaba lo suficiente para merecer unas vacaciones.

Antes de salir de casa cada mañana, Rita revisaba las ventanas y las puertas, el gas, los grifos del agua y todas las instalaciones de luz. Después de unos cuantos meses de esto, una revisión no era suficiente, y comenzó a revisar todo dos veces. Su esposo se quejó por esto, así que empezó a hacerlo esperar en el automóvil mientras ella revisaba y volvía a revisar cada fregadero, luz, puerta, ventana, etc. Su esposo la esperaba con deferencia cada día pero, conforme pasaron los meses, la espera se hacía cada vez más larga. Ahora se sentaba a esperar en el automóvil durante una hora cada mañana, esperando a que Rita terminara de revisar todo en la casa. Una mañana, después de revisar la casa en forma minuciosa, salió y encontró que su esposo se había ido sin ella. Esa tarde, recibió un mensaje por correo electrónico de él, en el que le decía que ya no podía soportar más y que había decidido divorciarse de ella.

Prevalencia de los trastornos de personalidad

La figura 19.1 indica los índices de prevalencia de los 10 trastornos de personalidad. **Prevalencia** es un término que se refiere al número total de casos que están presentes dentro de una población determinada durante un periodo particular. Los datos en la figura 19.1 se basan en resúmenes de varios grupos comunitarios (Mattia y Zimmerman, 2001) y se refieren a los índices de frecuencia en el momento del muestreo; por ejemplo, en cualquier momento dado, ¿cuántas personas son diagnosticables con trastorno de personalidad paranoide? Estos resultados muestran que el trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva es el más común, con un índice de prevalencia de un poco más de 4%. Los siguientes más comunes son los trastor-

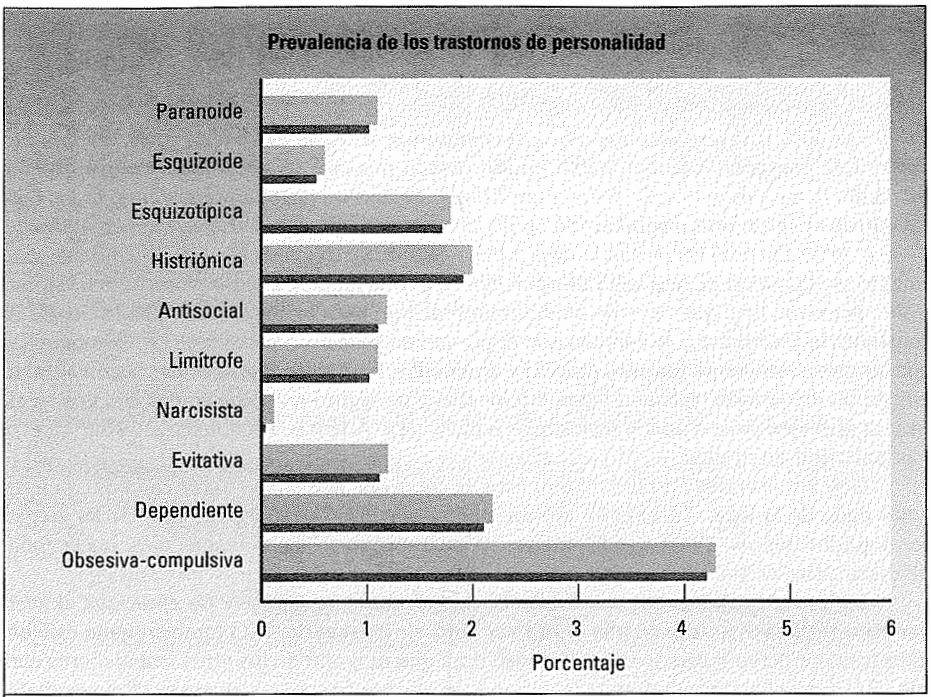


Figura 19.1

Estimaciones de la prevalencia de los trastornos de personalidad

Adaptado de J. I. Mattia y M. Zimmerman (2001). "Epidemiology", en W. J. Livesley (ed.). *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment.* Nueva York: Guilford, 2001. Reimpreso con autorización.

nos de personalidad esquizotípica, histriónica y dependiente, con una prevalencia aproximada de 2% cada uno. El menos común es el trastorno de personalidad narcisista, que afecta sólo a 0.2% de la población. Sin embargo, todos estos diagnósticos se basan en entrevistas, y puede ser que los narcisistas tengan menos probabilidad de admitir las características más trastornadas de su condición. De hecho, Oltmanns y sus colegas han mostrado que los autorreportes de narcisismo se correlacionan en forma débil con los reportes de semejantes de narcisismo, aun cuando con la mayor parte de otros rasgos de personalidad hay correlaciones de modestas a considerables entre el autorreporte y el reporte de los semejantes (Clifton, Turkheimer y Oltmanns, en prensa; Oltmanns *et al.*, en prensa; Klonsky, Oltmanns y Turkheimer, 2002). Estos hallazgos sugieren que, debido a que los datos de la figura 19.1 se basan en autorreportes por medio de entrevistas estructuradas, en realidad pueden subestimar la prevalencia de algunos de los trastornos, en especial el narcisismo.

El índice de prevalencia total para tener al menos un trastorno de personalidad es alrededor de 13%. Es decir, en cualquier momento dado, aproximadamente 13% de la población es diagnosticable con un trastorno de personalidad de uno o más tipos. Esto plantea la cuestión de la comorbidez, la cual también se mencionó en el recuadro Un acercamiento detallado sobre el Unabomber. Una proporción considerable, entre 25 y 50% de las personas que cumplen los criterios para un diagnóstico en un trastorno de personalidad, también cumplirán los criterios para el diagnóstico en otro trastorno de personalidad (Oltmanns y Emery, 2004). Muchos de los trastornos de personalidad contienen características comunes. Por ejemplo, varios trastornos implican aislamiento social, incluyendo los trastornos esquizotípico, esquizoide, evitativo y, en muchos casos, el trastorno obsesivo-compulsivo. El comportamiento desinhibido e irresponsable es parte de los criterios para un diagnóstico de trastornos de personalidad limítrofe y antisocial. Como tal, los diagnósticos diferenciales con prevalencia son un reto en

los trastornos de personalidad. Un **diagnóstico diferencial** es aquel en que, de dos o más diagnósticos posibles, el clínico busca evidencia que apoye a una categoría diagnóstica sobre todas las demás.

Modelo dimensional de los trastornos de personalidad

Como se insinuó al principio de este capítulo, los teóricos modernos están abogando por una perspectiva dimensional, en oposición a una categórica, de los trastornos de personalidad. En el modelo dimensional de la personalidad, la única distinción que se hace entre los rasgos de personalidad normales y los trastornos es en función de extremo, rigidez y desadaptatividad. Por ejemplo, Widiger (1997) afirma que los trastornos tan sólo son variantes y combinaciones desadaptativas de los rasgos de personalidad de rango normal. Los rasgos de personalidad más estudiados como fuentes de trastornos son los cinco rasgos del modelo de los cinco factores, los cuales se revisaron en el capítulo 3. Costa y Widiger (1994) editaron un libro influyente que apoya la idea de que los cinco grandes rasgos proporcionan un marco útil para entender los trastornos. Widiger (1997) presenta datos afirmando que, por ejemplo, el trastorno de personalidad limítrofe es narcisismo extremo, y el trastorno esquizoide es introversión extrema acompañada de neuroticismo bajo (estabilidad emocional). La introversión extrema acompañada por neuroticismo alto en extremo, por otra parte, produce un trastorno de personalidad evitativa. El trastorno histriónico se caracteriza como extroversión extrema. El trastorno obsesivo-compulsivo es una forma desadaptativa de escrupulosidad extrema. El trastorno de personalidad esquizotípica es una combinación compleja de introversión, neuroticismo alto, agradabilidad baja y apertura extrema.

La perspectiva dimensional es un poco como la química: se agrega algo de este rasgo y más de aquél, se amplifica a niveles altos (o bajos) en extremo, y el resultado es un trastorno específico. Los modelos dimensionales pueden tener ciertas ventajas, como explicar por qué las personas en la misma categoría diagnóstica pueden ser tan diferentes entre sí en la forma en que expresan el trastorno. Además, el modelo dimensional permite que una persona tenga múltiples trastornos de personalidad. Y, por último, el modelo dimensional reconoce de manera explícita que la distinción entre lo que es normal y lo que es anormal es más una cuestión de grado que una separación clara y cualitativa.

Por ahora, sin embargo, el modelo dominante de los trastornos de personalidad, representado en el *DSM-IV*, es el modelo categórico. Cuando se revise el *DSM-IV*, y se convierta en el *DSM-V*, será interesante ver si se le da más reconocimiento al modelo dimensional. En el presente, el *DSM-IV* sólo insinúa la posibilidad de una perspectiva dimensional: "Sólo cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos y causan un deterioro funcional significativo o angustia subjetiva constituyen trastornos de personalidad" (American Psychiatric Association, 1994, p. 630).

Etiología de los trastornos de personalidad

El material cubierto en este capítulo hasta ahora ha sido sobre todo descriptivo; basándose en los criterios diagnósticos en el *DSM-IV* y expandiéndolos. La psicología de lo anormal es una ciencia muy descriptiva, y los esfuerzos están encaminados sobre todo a la elaboración de sistemas de clasificación y taxonomías de los trastornos. Esto no significa, sin embargo, que no haya intentos por entender la forma en que se desarrollan los trastornos de personalidad o qué causa que una persona tenga un trastorno particular. Los investigadores por lo general examinan tanto los factores biológicos como ambientales que contribuyen al desarrollo de trastornos de personalidad (Nigg y Goldsmith, 1994). Por ejemplo, con el trastorno de personalidad

Cuadro 19.11 Los trastornos de personalidad descritos de acuerdo con características únicas asociadas con el autoconcepto, la vida emocional, el comportamiento y las relaciones sociales

Trastornos específicos	Autoconcepto	Emoción
Personalidad antisocial	El ser no es afectado por las reglas	Bajo en miedo y culpa, pierde los estribos
Personalidad limítrofe	El ser como vago, difuso, cambiante, inestable, sin un sentimiento sólido de identidad	Inestable, intenso, con ira, vergüenza y culpa
Personalidad histriónica	El ser como deseable y encantador	Extravagante en exhibiciones públicas
Personalidad narcisista	El ser como único, admirable, especial	Sentimientos de tener derecho, vengativo cuando no es reconocido
Personalidad esquizoide	El ser como solitario, sin ambición	Blando, tomando poco placer en la vida
Personalidad esquizotípica	El ser como diferente de otros, especial	Incómodo, suspicaz
Personalidad paranoide	El ser como víctima	Se siente amenazado, discutidor, celoso
Personalidad evitativa	El ser como inadecuado	Avergonzado con frecuencia, teme a la crítica y el rechazo
Personalidad dependiente	El ser como necesitado, carente de autodirección	Sumiso, indeciso
Personalidad obsesiva-compulsiva	El ser como rígido, con estándares y expectativas altas	Se irrita con facilidad, obstinado, sin mucho placer

limítrofe, es claro que las personas sufrieron de relaciones de apego deficientes en la infancia (Kernberg, 1975, 1984; Nigg *et al.*, 1994) y que muchas personas limítrofes fueron el blanco de abuso sexual en la infancia (Westen *et al.*, 1990). Hay evidencia abundante de que la mayoría de las personas con trastorno de personalidad limítrofe crecieron en hogares caóticos, con una gran exposición al comportamiento impulsivo de los adultos (Millon, 2000b).

Parece que los factores genéticos desempeñan poca función en el trastorno de personalidad limítrofe. En cambio la mayor parte de la evidencia implica pérdida de los padres, o negligencia por parte de éstos, en la infancia (Guzder *et al.*, 1996).

En lo que se refiere al trastorno de personalidad esquizotípica, la evidencia está más en línea con etiología genética. Una variedad de estudios de familia, gemelos y adopción sugieren que el trastorno esquizotípico es similar desde el punto de vista genético a la esquizofrenia (Nigg y Goldsmith, 1994). Es más, los parientes en primer grado de personas con esquizofrenia tienen mucha mayor probabilidad de exhibir algunas características del trastorno de per-

Comportamiento	Relaciones sociales
Temerario, impulsivo, quizá agresivo con rapidez, se irrita con facilidad	Tiene labia, es encantador en forma superficial, insensible e indiferente a los demás
Impredecible, quizá dañino para sí o para otros	Intenso, volátil, inestable, temeroso del abandono
Búsqueda de atención, extravagante	Búsqueda de atención
Autoexhibicionista, búsqueda de admiración	Envidioso, carente de empatía
Pasivo	Distante, inepto en lo social, no tiene amigos o tiene pocos
Raro, excéntrico, con creencias inusuales	Ansioso en lo social, evita a otros
Desconfiado, autoprotector, resentido	Sensible, propenso a las malas interpretaciones, con muchos enemigos
Callado, tímido, solitario	Retraído, sensible a la crítica
Búsqueda de consuelo, rara vez toma la iniciativa	Sumiso, necesita cuidados, evita el conflicto
Adicto al trabajo, le gusta la repetición, los detalles	No tiene tiempo para los amigos, otros no cumplen sus estándares

sonalidad esquizotípica que las personas en la población general. Sin embargo, los índices de frecuencia para los trastornos de personalidad paranoide y evitativa también fueron elevados entre los parientes de los pacientes con esquizofrenia, lo que sugiere que estos trastornos pueden estar relacionados desde el punto de vista genético con la esquizofrenia (Kendler *et al.*, 1993).

El trastorno de personalidad antisocial también tiene varias teorías explicativas. Por ejemplo, muchas personas antisociales sufrieron de abusos y fueron víctimas cuando niños (Pollock *et al.*, 1990), lo que conduce a las teorías del aprendizaje social y psicoanalítica de la etiología de este trastorno. Una alta proporción de personas antisociales también abusan de muchas drogas ilegales o del alcohol, lo que ha llevado a algunos investigadores a proponer que los cambios biológicos asociados con el abuso de drogas son responsables del comportamiento antisocial. También hay tendencias familiares claras que sugieren que el trastorno de personalidad antisocial se debe, en parte, a etiología genética (Lykken, 1995). Otros han propuesto

teorías del aprendizaje para el trastorno de personalidad antisocial, debido sobre todo a las investigaciones que muestran que tales personas son deficientes en el aprendizaje por medio del castigo (por ejemplo, Newman, 1987).

Las explicaciones de los otros trastornos de personalidad también siguen este patrón. Hay explicaciones biológicas, de aprendizaje, psicodinámicas y culturales. Puede haber algo de verdad en cada una de estas perspectivas, que los trastornos de personalidad, como las variables de personalidad de rango normal, tengan etiología múltiple. Es más, es muy difícil separar la biología del aprendizaje, separar la naturaleza de la crianza. Por ejemplo, las primeras experiencias de un individuo, como con un padre abusivo, pueden conducir a cambios neurológicos en ciertos centros cerebrales, como anormalidades en el funcionamiento del hipotálamo y la pituitaria (por ejemplo, Mason *et al.*, 1994). En consecuencia, no tiene sentido hablar del abuso infantil como un factor de experiencia o aprendizaje estricto cuando pueden resultar cambios biológicos de dichas experiencias de abuso.

Es claro que la biología y la experiencia están entrelazadas en forma estrecha, lo que dificulta atribuir un trastorno a un solo tipo de causa. Es probable que los esfuerzos para reducir la causa de los trastornos de personalidad a un factor, digamos, genético, sean una simplificación excesiva. Como tal, tenemos que conformarnos con la noción de que algo tan complicado como la personalidad humana, y sus trastornos, tiene múltiples causas. El cuadro 19.11 presenta todos los trastornos de personalidad junto con descripciones del autoconcepto, vida emocional, comportamiento y relaciones sociales de las personas que tienen ese trastorno.

RESUMEN Y EVALUACIÓN

Este capítulo inició con una exposición de la forma en que los trastornos de personalidad se basan en casi todos los otros temas estudiados hasta ahora. El concepto de trastorno depende de hacer una distinción entre lo que es normal y lo que es anormal. Hay varias definiciones de anormalidad. Una es estadística y se basa en la prevalencia con que aparece una condición entre una población de personas. Otra definición es sociológica y tiene que ver con cuánto tolera una sociedad formas de comportamiento particulares. Una definición psicológica enfatiza el grado en que un patrón de comportamiento le causa angustia a la persona o a otros. Por ejemplo, ¿el comportamiento se asocia con desorganización en los propios pensamientos, emociones o relaciones sociales de la persona? El sello de la definición psicológica de anormal es cualquier cosa que impida a la persona tener relaciones satisfactorias o realizar un trabajo productivo. La mayor parte de los trastornos de personalidad producen problemas en las relaciones debido a que deterioran la capacidad de la persona para llevarse bien con los demás. Muchos de los trastornos también deterioran la capacidad de la persona para llevar a cabo un trabajo productivo. Vimos que todos los trastornos de personalidad se refieren a síntomas que causan problemas con las relaciones o con el trabajo, o ambos.

El estudio de la psicología de lo anormal, también llamado psicopatología, ha evolucionado en una disciplina distinta dentro de la psicología y la psiquiatría. Una meta importante de esta disciplina es elaborar taxonomías confiables para los trastornos mentales. El sistema usado en forma más extendida para clasificar las condiciones psicológicas anormales, al menos en Estados Unidos, es el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders),* cuarta edición (*DSM-IV*). Este libro es la referencia principal para diagnosticar y describir todos los trastornos mentales, pero en este capítulo nos enfocamos sólo a los trastornos de personalidad.

Los trastornos de personalidad son patrones perdurables de experiencia y comportamiento que difieren en gran medida de la norma y las expectativas del grupo social del individuo. Los trastornos de manera típica se muestran en anormalidades en la forma en que piensan las personas, sienten, se llevan con otros o en su capacidad para controlar sus propias

acciones. Los patrones de manera típica se exhiben a lo largo de una variedad de situaciones, lo que conduce a una angustia, ya sea para sí mismos o para otros, en áreas importantes en la vida, como el trabajo o las relaciones con otros. Los trastornos de personalidad de manera típica tienen una larga historia en la vida de una persona y con frecuencia pueden rastrearse hasta la adolescencia o la infancia.

En este capítulo se cubrieron los 10 trastornos de personalidad contenidos en el *DSM-IV*. Se organizaron estos 10 trastornos en tres núcleos: el núcleo errático (trastornos que se refieren a formas de ser impredecible o violento), el núcleo excéntrico (trastornos que se refieren a formas de ser extraño) y el núcleo ansioso (trastornos que se refieren a formas de estar nervioso o angustiado). Cada trastorno consta de un síndrome de comportamientos y rasgos. Los trastornos en realidad son dimensiones, y las personas varían en la gravedad del trastorno de leve a grave, dependiendo de la cantidad e intensidad de los síntomas que exhiben.

TÉRMINOS CLAVE

Trastorno 605
Psicología de lo anormal 606
Anormal 606
Psicopatología 607
Trastorno de personalidad 607
Perspectiva categórica 608
Perspectiva dimensional 608
Trastorno de personalidad antisocial 611
Trastorno de personalidad limítrofe 614
Método del parpadeo de sobresalto 616
Trastorno de personalidad histriónica 617
Trastorno de personalidad narcisista 620
Paradoja narcisista 620
Trastorno de personalidad esquizoide 622
Trastorno de personalidad esquizotípica 622
Trastorno de personalidad paranoide 625
Comorbidez 627
Paradoja neurótica 627
Trastorno de personalidad evitativa 628
Trastorno de personalidad dependiente 629
Trastorno de personalidad obsesiva-compulsiva 631
Prevalencia 633
Diagnóstico diferencial 635